

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

333

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Germain GILLET

Né le 26 Février 1908, à PONTIERRY (Seine-et-Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE

Président : CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Germain GILLET

Né le 26 Février 1908, à PONTIERRY (Seine-et-Marne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE

Président : CUNÉO, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1939

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la Tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Clinique de neuro-chirurgie

Clinique cardiologie

Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ADAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-
 LAVASTINE
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE
 CLERC.
 LEREBoullet
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 FERRIEN.
 CHEVASSU.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOQUOT.
 OMBREDANNE
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 VILLARET.
 TROISIER
 MATHIEU.
 Clovis VINCENT.
 LAUBRY.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 FENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique
 FUNCK-
 BENTANO Pathologie chirurgicale.
 FEY Urologie.
 GAILLARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES .. Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM	
PIEDELIEVRE..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
NEVEU-	
LEMAIRE..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR- VAL-	
LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Bien faible témoignage de ma piété filiale et de mon infinie reconnaissance pour leur dévouement et leur tendresse.

A MES FRERES ET BELLES-SŒURS

En témoignage de ma très profonde affection.

A Monsieur le Docteur Pierre ZIZINE

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma profonde et très respectueuse affection et de ma plus sincère gratitude.

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Bernard CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré ce travail et a contribué avec tant de bienveillance à sa réalisation, bien faible témoignage de profonde reconnaissance et d'affectueux dévouement pour son précieux enseignement et sa très grande bonté.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Gaston PICOT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré ce travail et m'a guidé
dans sa réalisation.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le modeste
témoignage de ma profonde gratitude et
de mon respectueux dévouement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Jacques-Charles BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

*En témoignage de respect et de grande
reconnaissance pour tout ce qu'il m'a
appris.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Jean SENEQUE

Professeur agrégé à la Faculté

Chirurgien des Hôpitaux

*En témoignage de profonde gratitude et
d'affectueux attachement pour son ensei-
gnement si précieux et la bienveillance
qu'il m'a témoignée.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Louis DEVRAIGNE

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage d'affectueux attachement
pour ce qu'il m'a appris et pour la bien-
veillance qu'il m'a toujours témoignée.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur André LEMAIRE

Médecin des Hôpitaux
Professeur agrégé à la Faculté

*Hommage d'admiration, de reconnais-
sance et de profond attachement pour la
grande bonté qu'il me témoigna.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Jean MADIER

Chirurgien de l'Hôpital des Ménages
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui fut mon premier Maître d'Internat,
bien faible témoignage d'affectueux atta-
chement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

1930-1931 Monsieur le Professeur CUNEO

1931-1932 Monsieur le Docteur PAGNIEZ

1932-1933 Monsieur le Professeur LOEPER

Monsieur le Docteur PAISSEAU

1933-1934 Monsieur le Docteur LOUST

(in memoriam)

INTERNAT

1935-1936 Monsieur le Docteur MADIER

1936-1937 Monsieur le Prof. agrégé HEITZ-BOYER

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE

1937-1938 Monsieur le Professeur CUNEO.

1938-1939 Monsieur le Docteur PICOT

Monsieur le Docteur CHEVRIER

A Monsieur le Docteur DUVOIR

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A Messieurs les Docteurs OBERLIN, AUROUSSEAU,

André SICARD, Sylvain BLONDIN

Chirurgiens des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur Jean RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

A Messieurs les Docteurs

MARSAN, PLICHET, VERAN, CHENE, GAUTIER,

CHOMET, R.-G. LANDRIEU, Guy MELUN

et VOITOT

Introduction

Ce travail a pour but de rappeler ou plutôt de faire connaître l'hystérectomie périnéale que la grande majorité des chirurgiens méconnaissent ou plus souvent ignorent. Pourtant cette opération, qui n'est, disons-le tout de suite, qu'une opération de nécessité, permet presque toujours une ablation élargie de l'utérus avec un minimum de shock et des suites opératoires très simples. Bien que l'amélioration de la technique, de l'asepsie et des suites opératoires de l'hystérectomie par voie abdominale d'une part, et le traitement par radium des cancers du col, d'autre part, en aient grandement réduit les indications, l'hystérectomie périnéale reste une opération bénigne que l'on peut presque toujours faire alors que d'autres thérapeutiques sont contre-indiquées.

Décrite par mes Maîtres CUNÉO et PICOT en 1921, l'hystérectomie périnéale n'a guère été pratiquée depuis en France que par eux et leurs élèves. A l'étranger, elle a été souvent pratiquée par DANIS, ROUFFART, HUSHN SPEHL, LOICQ WULFANT et HARHAUSEN dont les observations avec les premières observations de MM. CUNÉO et PICOT furent publiées dans la thèse de Stevan NETCHITCH en 1923. Depuis, cette

opération a fait l'objet d'un mémoire pour le titre d'assistant étranger à ISMAÏL en 1930, d'un article illustré de PAUCHET (*Pratique Chirurgicale illustrée*, n° 4) et d'un article de mon Maître J.-C. BLOCH, dans la *Gazette Médicale de France* (16 novembre 1930).

A l'origine, MM. CUNÉO et PICOT ont décrit l'hystérectomie périnéale comme traitement du cancer du col (ils l'appelaient : hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus), et mirent, comme STEVAN NETCHITCH d'ailleurs, cette opération en parallèle avec l'hystérectomie élargie par voie abdominale selon la technique de WERTHEIM, souvent pénible chez les femmes âgées, obèses ou ayant un néo très étendu. L'intérêt de cette opération pour eux, était de faire une ablation au moins aussi large des paramètres et une ablation du vagin aussi étendue qu'on le voulait en shockant beaucoup moins les malades et en ayant des suites opératoires plus simples. Les résultats éloignés, les récidives, étaient sensiblement comparables à ceux du Wertheim.

Actuellement, le problème est tout à fait changé à ce point de vue : les cancers du col se traitent par le radium et sont de moins en moins opérés, que ce soit par voie abdominale ou par voie périnéale. Quelques cas cependant peuvent, comme nous le verrons, indiquer une hystérectomie périnéale qui n'est alors qu'une opération de nécessité, vivant des contre-indications de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie périnéale reste l'opération toujours possible, qu'il s'agisse de cancer du corps, de métrite sé-

nile, de fibrome ou de prolapsus dans un certain nombre de cas : femmes âgées, obèses, fatiguées, cardiaques ou pulmonaires qu'on ne peut endormir ou mettre en position de Trendelenbourg; femmes obèses chez lesquelles on n'ose faire une hystérectomie abdominale toujours très laborieuse et parfois suivie d'éventration; enfin parfois de femmes infectées chez lesquelles la voie abdominale est contre-indiquée et la voie vaginale insuffisante. Car l'hystérectomie vaginale est une excellente opération mais pas toujours possible et surtout elle ne permet pas une aussi large exérèse que l'hystérectomie vaginale élargie de SUCHARDT ou de STAUDE ou surtout que l'hystérectomie périnéale dans lesquelles on opère presque à plat.

Nous nous proposons donc d'étudier l'hystérectomie périnéale sous un angle différent au point de vue indications et en même temps de montrer quelques modalités techniques non encore décrites, mais que MM. CUNÉO et PICOT qui pratiquent cette opération depuis 20 ans ont eu souvent l'occasion d'employer et que nous retrouverons dans les 111 comptes rendus opératoires qu'ils ont eu la grande obligeance de nous confier et que nous publierons in-extenso. Quant aux suites opératoires et surtout aux résultats éloignés, nous ne pourrions malheureusement les étudier que sur un nombre plus réduit d'observations; la plupart des malades ont été opérées après la cinquantaine et il est difficile de savoir ce qu'il advint de celles qui furent opérées à Lariboisière entre 1919 et 1930.

D'ailleurs, et nous insistons sur ce point, notre but est surtout d'étudier l'hystérectomie comme « moyen technique » et d'en montrer la bénignité plutôt que d'en rechercher les résultats à distance et de l'étudier au point de vue « moyen thérapeutique ».

Nous nous excusons auprès des rares chirurgiens qui auraient pratiqué des hystérectomies périnéales et que nous n'aurions pas cités, mais nous avons tenu essentiellement à ne publier que les observations (mais toutes les observations), du service de notre Maître, M. CUNÉO, de façon à avoir une documentation homogène et par conséquent plus instructive.

Indications

En dehors du cancer du corps de l'utérus (parce qu'il survient chez des femmes âgées) où nous la considérons comme l'opération de choix, l'hystérectomie périnéale, presque toujours possible et relativement bénigne n'est le plus souvent qu'une opération de nécessité, l'hystérectomie abdominale étant impossible ou périlleuse et l'hystérectomie vaginale insuffisante. Ses indications sont les contre-indications des autres hystérectomies, de sorte que c'est essentiellement chez les femmes âgées, obèses, fatiguées ou tarées que l'hystérectomie périnéale sous rachianesthésie est indiquée.

Voyons donc quelles sont les contre-indications de la voie haute. Elles sont très souvent d'ordre général: l'obésité est souvent, sinon une contre-indication absolue, du moins une grosse gêne à l'hystérectomie abdominale. Une hystérectomie pour peu qu'elle soit un peu difficile, est chez une malade obèse une opération très pénible et souvent grave. L'anesthésie est rarement suffisante. La malade pousse. Les champs intestinaux ne peuvent refouler l'énorme masse des anses intestinales et de l'épiploon. Gêné, l'opérateur n'ose demander à son anesthésiste d'endormir da-

vantage une patiente déjà cyanosée, sinon asphyxique. L'opération se passe au fond d'un trou, et, de ce fait est encore plus malaisée. De même, la fermeture de la paroi est toujours difficile. Il est malaisé de retrouver les lèvres péritonéales et les plans aponévrotiques perdus au milieu d'une énorme masse graisseuse, d'autant plus qu'à chaque point les anses font issue dans la plaie et qu'il est difficile de les refouler. Le serrage des fils qui glissent est difficile et se fait à bout de doigt. Le matériel de suture, quel qu'il soit, a, chez ces malades obèses des inconvénients. Le catgut même chromé est souvent insuffisant. Le matériel non résorbable suppure souvent chez ces malades qui font plus que d'autres, des hématomes pariétaux. Les suites opératoires de ces opérées obèses qui ont été endormies et shockées ne sont jamais simples : les complications respiratoires sont à peu près de règle; les suppurations pariétales sont fréquentes; quant aux éventrations, on sait la difficulté des réinterventions et la longueur de la cicatrisation. L'obésité ne complique en aucune façon l'hystérectomie périnéale; l'anesthésie générale n'est pas nécessaire; l'opérée reste en position horizontale et, si elle pousse, elle ne gêne pas l'opérateur sauf parfois au moment de la fermeture du péritoine.

Le grand âge et la fatigue des malades sont souvent aussi des contre-indications à l'anesthésie générale et à une hystérectomie abdominale. On hésite souvent à endormir et à opérer par voie haute les femmes ayant

dépassé la soixantaine ou même la cinquantaine, d'autant plus que ces malades (surtout s'il s'agit de cancéreuses) sont fatiguées, ont un taux d'urée sanguine élevé, des poumons plus ou moins déficients et un cœur un peu fatigué. Avec l'hystérectomie périméale on ne risque pas de shocker gravement ces malades et si l'état du cœur et de la tension artérielle font redouter la rachianesthésie on peut se contenter d'une épidurale ou, pour peu qu'on en ait l'habitude d'une paradurale. La malade de l'observation n° LXXX que mon Maître PICOT a opérée avec mon aide était anhéante, cyanosée, en état d'asphyxie presque continuelle, de plus elle était très obèse, elle a supporté admirablement une intervention alors qu'aucun chirurgien n'avait osé l'opérer par voie haute.

Toutes ces raisons d'ordre général : obésité, grand âge, fatigue, qui souvent contre-indiquent l'hystérectomie abdominale se rencontrent le plus souvent chez des malades atteintes de cancer du corps de l'utérus. C'est pourquoi le cancer du corps est la plus fréquente indication de l'hystérectomie périméale. C'en est vraiment sa grande indication. L'utérus n'est pas très gros, souvent un peu prolabé, il n'y a pas de propagation ni d'adhérences, les annexes le plus souvent sont libres et faciles à extirper et même si elles tiennent il n'y a pas de danger à les laisser. L'hystérectomie périméale est alors une opération très bénigne qui, à notre sens, doit être vraiment l'opération de choix et ne doit pas être discu-

tée et acceptée en pis-aller comme dans les cas que nous envisagerons plus loin.

Il en est de même dans les cas de métrite sénile qui commandent l'intervention par l'abondance ou la répétition des hémorragies et surtout parce qu'elles sont de diagnostic difficile avec le cancer du corps, la biopsie si elle est négative n'élimine pas une hypothèse de cancer. A ce propos il convient de remarquer que sur les 13 cas d'hystérectomie périnéale pour cancer utérin opérés à Saint-Louis depuis 1934, la biopsie a été négative 4 fois, alors que l'examen pratiqué sur la pièce opératoire a montré l'existence de cancer.

Par contre, en cas de fibrome, l'hystérectomie périnéale est rarement indiquée. Ce n'est qu'une opération de nécessité à laquelle on peut être amené par le danger d'une hystérectomie abdominale (embonpoint, mauvais état général, contre-indications de l'anesthésie générale), l'échec de la radiothérapie et cependant la nécessité d'opérer en raison d'hémorragies inquiétantes. Les fibromes sont parfois difficiles à extirper, s'ils sont gros, il faut les morceler et souvent ils s'accompagnent de lésions annexielles avec adhérences difficiles à libérer par voie basse.

L'hystérectomie périnéale peut être encore indiquée dans certains cas de prolapsus utérin. Certes, l'idéal est une colpopérinéorrhaphie avec, au besoin, hystéropexie. Mais il est des prolapsus du deuxième ou troisième degré, avec col énorme infecté, plus ou moins sphacélé, cystocèle très accentué, rétention

d'urine infectée, le tout chez des malades âgées en mauvais état. Dans ces cas que faire ? Désinfecter le col et guérir les lésions de métrite, c'est souvent impossible et toujours très long. Après quoi, la périnéorraphie est presque aussi shockante que l'hystérectomie périnéale. On est tenté de garder l'utérus pour faire « bonde », maintenant la vessie au-dessus des releveurs, mais est-ce nécessaire si le plan musculaire est bien refait et à quoi cela sert-il si le plan musculaire ne « tient pas ». En tout cas cet utérus inutile chez une femme âgée ne peut être que dangereux pour peu qu'il soit infecté. Quant à l'opération de Müller préconisée par SAVARIAUD puis par DUJARRIER et LARGET : colpectomie totale avec résection du col, mais conservation de l'utérus qui reste abandonné dans la cavité pelvienne sans possibilité d'examen en cas de cancérisation et juste une petite fistule (?) pour l'écoulement des sérosités, elle ne nous paraît pas très logique non plus. Mais les 15 guérisons publiées dans la thèse de LARGET et l'avis favorable qu'en a notre Maître J.-Ch. BLOCH qui l'a parfois pratiquée avec satisfaction nous font cependant convenir que son grand avantage est d'être une opération bénigne parce que ne nécessitant pas la ligature de pédicules importants ni l'ouverture du péritoine. Pour ce qui est de l'hystérectomie vaginale, très facile sur un utérus prolabé, elle n'est pas indiquée non plus : elle ne permet pas de faire une périnéorraphie comme on le fait en dernier temps d'une hystérectomie périnéale pour prolapsus et par conséquent n'empêche pas le prolapsus de la vessie et du rectum.

De graves infections utérines avec grosse altération de l'état général ont pu conduire MM. CUNÉO et PICOT à faire une hystérectomie périnéale de nécessité. Cette indication est rare. Car si la voie haute est contre indiquée par la crainte d'inoculer la grande cavité péritonéale et de shocker les malades, l'hystérectomie vaginale est, dans ces cas, souvent suffisante. Elle aussi permet au besoin de fermer la collerette vaginale et d'extirper l'utérus en « vase clos ». Elle a l'avantage sur la périnéale d'être moins délabrante, de ne pas ouvrir l'espace recto-vaginal et de laisser un conduit vaginal intact. Mais il est des cas où le vagin est étroit, très profond et où l'hystérectomie vaginale qui a un caractère « cavitaire » si l'on peut dire, est très pénible sinon impossible. Selon l'expression d'ESQUIROL l'hystérectomie vaginale doit être facile ou ne pas être. C'est là le plus gros avantage de la périnéale sur la vaginale de permettre d'opérer presque à plat par une large voie d'abord surtout si l'on a sectionné les releveurs. Par cette vaste brèche, il est aisé de libérer très loin les uretères et de faire une exérèse très large. Cet avantage appartient aussi à la vaginale élargie, telle que l'ont préconisée SUCHARDT et STAUBE, mais que nous ne discuterons pas, ne l'ayant jamais vu exécuter.

C'est cette large exérèse en « vase clos », possible par voie périnéale qui a amené notre Maître CUNÉO à concevoir cette technique d'hystérectomie; c'est pourquoi cette opération constituait, en 1921, pour les auteurs, une opération de choix pour le traitement

des cancers du col. La large exérèse des paramètres et l'ablation à volonté du vagin en faisait une opération aussi utile que l'hystérectomie élargie de Wertheim. Elle avait, en outre, l'avantage sur celle-ci d'être moins shockante et était toujours possible, même chez les femmes grasses et fatiguées. Maintenant l'hystérectomie élargie de Wertheim a cédé le pas devant la curiethérapie et l'hystérectomie périnéale, même aux yeux de ses créateurs, n'a plus les mêmes buts. Ce n'est plus qu'une opération de nécessité ou de propreté qui n'est pratiquée que quand le radium est contre-indiqué (ou n'agit pas) ou dans certaines formes très étendues. Il en est ainsi :

— de cancers à propagation antérieure avec prise de la vessie où le radium entraînerait une fistule vésico-vaginale;

— de cancers largement propagés au vagin où le Radium est peu efficace;

— de formes graves avec énorme tumeur sur lesquelles le Radium paraît ne plus pouvoir agir et où l'on est amené à faire une opération de propreté pour soulager la malade et empêcher d'importantes résorptions toxiques (Observation N° XC).

Dans ces cas, l'hystérectomie périnéale, qui est la seule opération possible, n'est évidemment qu'une opération de nécessité, de propreté, elle a une assez grosse mortalité opératoire et ses résultats éloignés sont mauvais, mais la lecture des observations montrera les survies qu'elle a pu permettre et les services qu'elle a pu rendre à certaines malades.

Contre-indications et inconvénients

Les contre-indications de l'hystérectomie périméale n'existent donc pratiquement pas, puisque c'est une opération que l'on fait, ou la main forcée, ou comme opération de choix en cas de cancer du corps et il s'agit alors de femmes âgées qui la supportent beaucoup mieux que l'hystérectomie par voie haute. La seule contre-indication relative de l'hystérectomie péritonéale est l'existence de grosses lésions annexielles ou d'adhérences importantes bloquant le fond utérin et qu'il serait difficile de libérer par voie basse. surtout s'il s'agit d'adhérences intestinales.

Par contre, l'hystérectomie périnéale présente quelques inconvénients :

Elle détruit la cavité vaginale, ce qui a, en général, peu d'importance : il s'agit presque toujours de malades ayant passé la cinquantaine ou même la soixantaine.

Elle nécessite la constipation pendant 5 ou 6 jours et l'arrêt de l'alimentation.

La cicatrisation est longue; elle nécessite une hospitalisation dépassant toujours 20 jours et atteignant parfois 6 à 8 semaines. Il est vrai que dans ces cas il s'agit de femmes cancéreuses, fatiguées, cicatrisant mal et ayant une convalescence normalement longue.

Soins pré-opératoires

La préparation de la malade ne présente en dehors des soins d'ordre général (examen et soins des fonctions cardio-respiratoires et hépato-rénales), que deux précautions spéciales : l'évacuation de l'intestin et la préparation locale.

La malade sera purgée deux jours à l'avance et lavementée le matin même de l'intervention. Elle recevra après l'opération des comprimés d'opium en quantité suffisante pour n'avoir pas de selles avant le 5^e ou le 6^e jour.

La préparation locale consiste en un bon rasage et nettoyage de la région périnéale et des injections vaginales antiseptiques deux fois par jour, suivies de bourrage de la cavité vaginale à la mèche iodoformée.

Quant au curettage de propreté qu'a proposé EHRENPREIS, non seulement il est inutile, puisque dès le premier temps de l'opération le vagin va être fermé et le champ protégé des fongosités utéro-vaginales, mais encore il serait certainement souvent dangereux et ne pourrait que faire disséminer les cellules et toxines cancéreuses.

Anesthésie

L'hystérectomie périnéale ne nécessite pas une anesthésie spéciale. Les opérées n'ont pas besoin d'avoir un sommeil très profond, même si elles poussaient, elles ne gêneraient guère l'opérateur. C'est dire que le choix de l'anesthésie est fonction des préférences et des habitudes du chirurgien. Anesthésie générale par inhalation ou par injection ou anesthésie loco-régionale, toutes peuvent être suffisantes. Mais il en est une qui est particulièrement recommandée, non pas par les nécessités de la technique, mais par la fragilité si fréquente des opérées, c'est la rachi-anesthésie.

La rachi-anesthésie à laquelle on a recours soit par préférence, soit par impossibilité d'endormir les malades âgées, obèses ou tarées. Il est toujours sage chez ces malades dont le cœur est plus ou moins déficient de faire 1 ou 2 cmc. de caféine et une ampoule d'éphédrine avant la rachi-anesthésie et de surveiller la courbe de la tension artérielle. Quelle que soit l'anesthésie employée (novocaïne, scurocaïne ou stovaïne) et la technique qui varie avec chaque chirurgien (injection directe, barbotage, etc.), l'anesthésie est presque toujours suffisante. Sur 52 rachi-

anesthésies notées, 4 seulement, durent être complétées. Aucune n'entraîna d'incident notable. Dans les cas où l'état cardiaque et tensionnel semble contre-indiquer la rachi-anesthésie, on peut recourir soit à une anesthésie péridurale, soit à une anesthésie épidurale (Obs. XC).

Matériel opératoire

Le matériel opératoire nécessaire à l'hystérectomie périnéale ne comporte aucun instrument spécial. Il est préférable d'avoir deux aides, dont l'un tiendra constamment les valves. Son rôle est capital : il réclinera constamment la vessie en avant et le rectum en arrière.

Il est recommandé d'avoir des valves vaginales de Doyen appropriées : deux valves longues et larges que l'on placera dans les deux culs-de-sac péritonéaux antérieur et postérieur et deux valves vaginales de Doyen assez larges mais peu longues (5 à 6 cm. au maximum) qui permettent de récliner latéralement les releveurs pour dégager les pédicules vasculaires tout en restant appliquées sur le champ opératoire. Enfin, bien qu'il semble séduisant d'employer un miroir frontal et de laver en permanence le champ avec du sérum chaud pour avoir toujours un champ propre, nous pensons que ces précautions sont superflues et nous ne les avons jamais vu exécuter.

Technique

Nous rappellerons tout d'abord le plus schématiquement possible la technique de l'hystérectomie périnéale dont la description magistrale fut faite et illustrée par nos Maîtres CUNÉO et PICOT que l'on peut retrouver in-extenso dans le numéro de mars 1921 du *Journal de Chirurgie*. Puis nous décrirons les différentes variantes, les différentes modalités opératoires qui ne sont pas encore décrites (du moins à notre connaissance), ni illustrées et que nous avons vu exécuter dans les services de MM. CUNÉO et PICOT et que M. FRANTZ a bien voulu illustrer.

I. — Libération du conduit utéro-vaginal

Malade en position périnéale inversée. Large iodage; mise en place des champs. Nettoyage à l'iode ou à l'éther de la cavité vaginale, mise en place d'une compresse iodée, au contact même du col qui absorbera les sécrétions utérines et à laquelle on ne touchera plus jusqu'à la fin de l'opération.

INCISION CUTANÉE. Légèrement convexe en haut, allant d'un ischion à l'autre et passant à 2 cm. environ en arrière de la fourchette.

Cette incision peu profonde sur la ligne médiane le sera beaucoup plus sur les côtés pour ouvrir d'emblée les fosses ischio-rectales.



FIG. 1. — *Amorce du décollement recto-vaginal* (CUNÉO et PICOT)

1. — Muscle recto-vaginal.

2. — Rectum.

LIBÉRATION DE LA FACE POSTÉRIEURE DU VAGIN. — Avec l'index et le médius introduits dans les fosses ischio-

rectales refouler l'anus et le rectum en arrière alors qu'un aide attire la fourchette en avant avec une pince à traction. Section du muscle recto-vaginal et

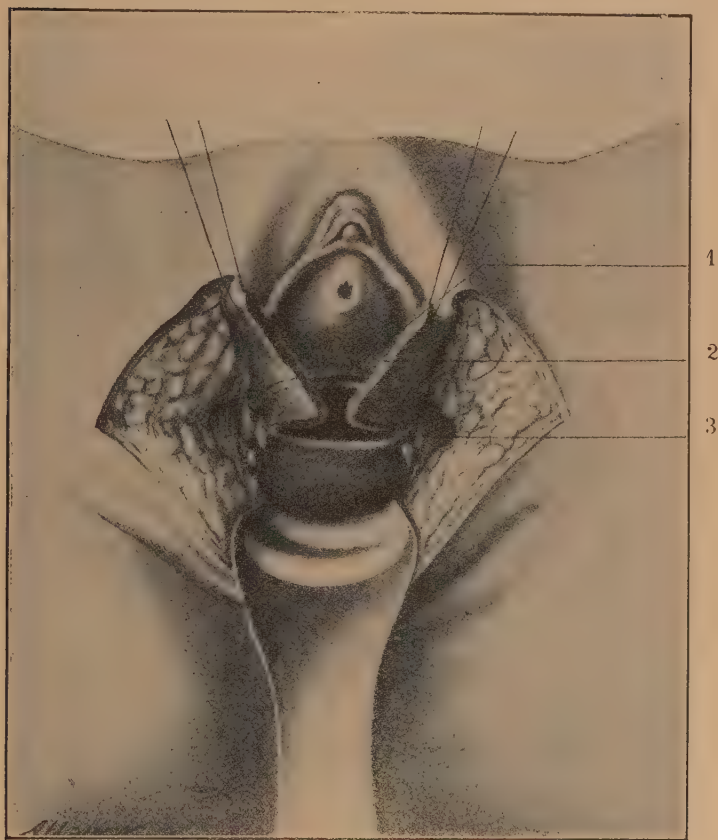


FIG. 2. — *Section de la paroi postérieure du vagin* (CUNÉO et PICOT)

1. — Paroi antérieure du vagin.
2. — Section médiane de la paroi postérieure.
3. — Amorce de la section horizontale.

du raphé ano-vulvaire qui se trouvent ainsi tendus sagittalement (1).

DÉCOLLEMENT RECTO-VAGINAL au doigt ou à la compresse. Il est alors facile et souvent exsangue. Il faut le pousser le plus haut possible. En cas de difficulté de décollement sur la ligne médiane, il faut cheminer latéralement ce qui est toujours possible et cliver la ligne médiane en allant de dehors en dedans.

INCISION ET FERMETURE DU VAGIN. — La colpectomie aussi étendue qu'on le désire est fonction du niveau de l'incision circulaire du vagin.

Si elle doit être totale ou subtotale en cas de cancer de l'utérus, l'incision passe presque au contact de la fourchette et du méat urétral. Si elle doit être moins étendue, il est préférable de donner du jour en fendant verticalement la cloison vaginale postérieure décollée et de commencer l'incision circulaire du vagin en arrière, au sommet de cette incision verticale. L'assistant aidera utilement en tendant la paroi vaginale avec des pinces de Chaput au fur et à mesure des progrès de l'incision.

LIBÉRATION SUR 1 OU 2 CM. D'UNE COLLERETTE VAGINALE au-dessus de la ligne d'incision à la pince à disséquer et au bistouri.

SUTURE DES DEUX LÈVRES VAGINALES ainsi libérées par

(1) Remarquer que cette voie d'abord passe entre les sphincters anal et vulvaire et non pas à l'intérieur du sphincter vulvaire comme dans la périnéorraphie. On évite ainsi les hémorragies veineuses des bulbes que l'on blesserait en agrandissant latéralement cette incision.

quelques points en U, de façon à transformer la partie du vagin à enlever en un « vase clos » enfermant le col utérin et la compresse destinée à absorber

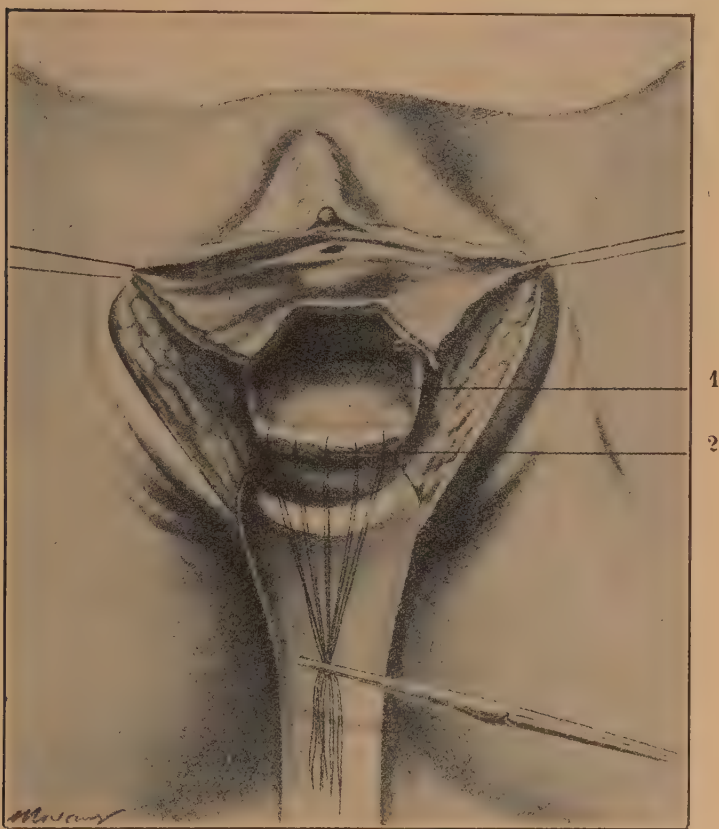


FIG. 3. — Fermeture du conduit vaginal (CUNÉO et PICOT)

1. — Bord latéral du vagin.

2. — Section du vagin fermé par plusieurs points de suture.

les sécrétions utérines. Les chefs sont gardés pour servir de tracteur.

DÉCOLLEMENT VAGINO-UTÉRO-VÉSICAL. — Le vagin fermé, le décollement sera poursuivi au doigt ou mieux à la pointe de ciseaux courbes, il est généralement facile. En cas d'inflammation ou d'envahissement néoplasique le rendant difficile on aura recours à la variante exposée plus loin.

Ce décollement sera poursuivi à la fois en haut jusqu'au cul-de-sac utéro-vésical et sur les côtés le plus loin possible.

Sur les côtés, il dégage les pédicules vaginaux se présentant sous forme d'ailerons triangulaires dont le sommet très externe correspond à la terminaison de la vaginale et dont la base correspond à l'épanouissement de ses branches sur les deux tiers inférieurs de la face antérieure du vagin et sur les 4/6 moyens de sa face postérieure. (Descomps, Cf. schémas 5 et 6). La ligature et la section de l'artère vaginale que nous étudierons plus loin permet un premier abaissement du conduit utéro-vaginal et la poursuite du décollement. En haut, le décollement utéro-vésical doit être rendu prudent par le voisinage des uretères que l'on reconnaît à la forme ogivale que prend la vessie lorsqu'elle est décollée à ce niveau mais qui reste bridée par les uretères, obliques en bas et en arrière, le long du conduit utéro-vaginal, et qui forme les piliers de l'ogive. Il faut alors, et c'est là un temps très important, refouler latéralement du bout des index, les uretères. Ce temps est facile lorsqu'il n'y a pas d'adhérences pathologiques. Ce refoulement des uretères entraîne parfois

le saignement de petites artérioles venant de la crosse de l'utérine et qu'il y a intérêt à isoler et à lier pour faciliter le refoulement des uretères.

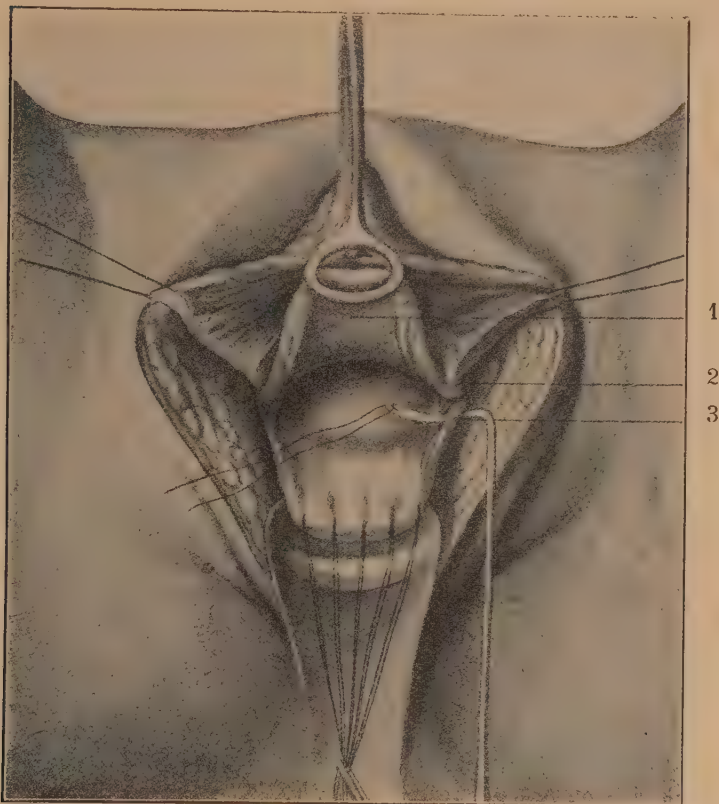


FIG. 4. — *Ligature de l'artère vaginale* (CUNÉO et PICOT)

1. — Vessie soulevée par une pince à traction.
2. — Uretere.
3. — Artère vaginale soulevée par une aiguille de Deschamps.

OUVERTURE DES CULS-DE-SAC PÉRITONÉAUX UTÉRO-VÉSICAL ET UTÉRO-RECTAL. — Ouverture prudente en

ayant soin de ne pas blesser une anse intestinale. Repérage soigneux des lèvres péritonéales antérieure et postérieure par de longs fils qui seront conservés jusqu'à la fin de l'intervention.

Introduction dans les deux culs-de-sac péritonéaux largement ouverts et refoulés de valves vaginales de Doyen larges et longues qui seront laissées en place durant toute l'opération et protégeront en arrière le rectum, en avant la vessie, tout en réclinant latéralement les uretères.

II. — Hémostase

La ligature méthodique des pédicules artériels abordant le conduit vagino-utérin permettra l'abaissement progressif de l'utérus. Pour éviter la rétraction des vaisseaux difficiles à reprendre, il est préférable d'isoler et de charger sur une aiguille de Deschamps les différents pédicules et de les lier avant de les sectionner. Les petites valves vaginales larges, mais peu longues, sont là très utiles en permettant de refouler la graisse des fosses ischio-rectales et le bord des releveurs en dégageant ainsi les pédicules latéraux d'autant plus que le tube utéro-vaginal sera plus attiré du côté opposé.

Les ligatures effectuées sont de bas en haut :

LES VAGINALES. — Elles abordent normalement le vagin, à l'union de ses tiers supérieur et moyen et obliquement en bas, en avant et en dedans; mais

pendant l'opération, du fait de la traction exercée sur l'utérus, elles sont placées contre l'utérus et le vagin, dont on essaie de les dégager en attirant le vagin du côté opposé.

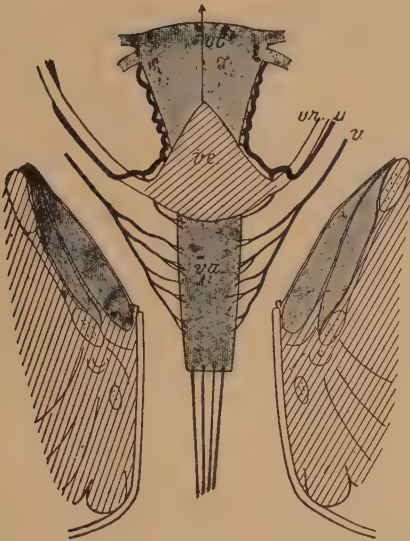


FIG. 5. — L'utérus et le vagin avec leurs artères : rapports au début d'une hystérectomie vaginale avec colpectomie.

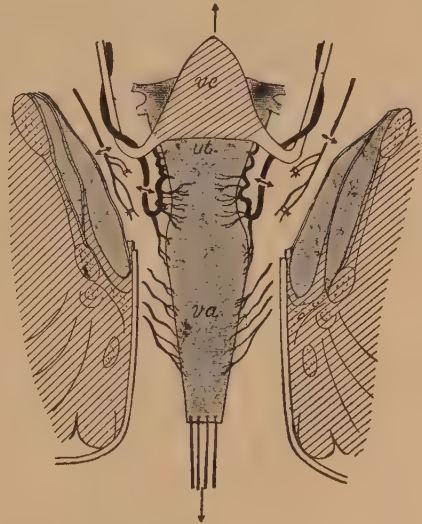


FIG. 6. — L'utérus et le vagin avec leurs artères : rapports à la fin d'une hystérectomie vaginale avec colpectomie.

u. : artère utérine ; v. : artère vaginale ; ur. : uretère ; ut. : utérus ; ve. : vessie ; va. : vagin.

(Schémas empruntés à P. DESCOMPS, *Arch. mens. d'obstétr. et de gynec.*, t. I, 1912, p. 153 et 155.)

D'autre part, les vaginales s'épanouissent à distance du vagin (elles sont en outre souvent dédoublées). Il faut donc les lier le plus haut et le plus en dehors possible, en réclinant bien les releveurs avec les valves, de façon à prendre dans les ligatures toutes les

branches ou mieux l'artère avant sa terminaison et à sectionner complètement l'aileron que forment ces branches de façon à permettre un meilleur abaissement.

La section des vaginalès permet un abaissement très important du conduit utéro-vaginal qui change les rapports anatomiques et rend plus facile des ligatures ultérieures. Les schémas de Descomps (fig. 5 et 6) expliquent cette modification des rapports beaucoup mieux que nous ne saurions le faire.

Si normalement l'artère utérine dessine sa crosse pré-urétrique, à 15 mm. environ du bord du col utérin, en surcroisant l'uretère de dehors en dedans et d'avant en arrière, dans le temps opératoire qui nous intéresse la position réciproque des deux organes est toute différente. La vessie est refoulée en haut, l'utérus est attiré en bas. La vessie répond au corps utérin; les uretères attirés par la vessie qui est réclinée en haut par la valve sont également réclinés en dehors par les bords de la valve qui élargit l'ogive vésico-urétérale que nous avons décrite. Par contre, les artères utérines qui émettent au niveau de leur crosse leurs branches cervico-vaginales sont tendues par l'abaissement du conduit utéro-vaginal. Au lieu de former une crosse allongée au niveau du croisement de l'uretère elles forment une coudure à angle aigu en V au niveau de leur réflexion contre le bord cervical. Ainsi le croisement uretère-utérine est repoussé beaucoup plus haut et plus en dehors que normalement et au-dessous de ce croisement, l'artère

utérine a un trajet en V dont la branche externe descendante est libre et la branche interne montante

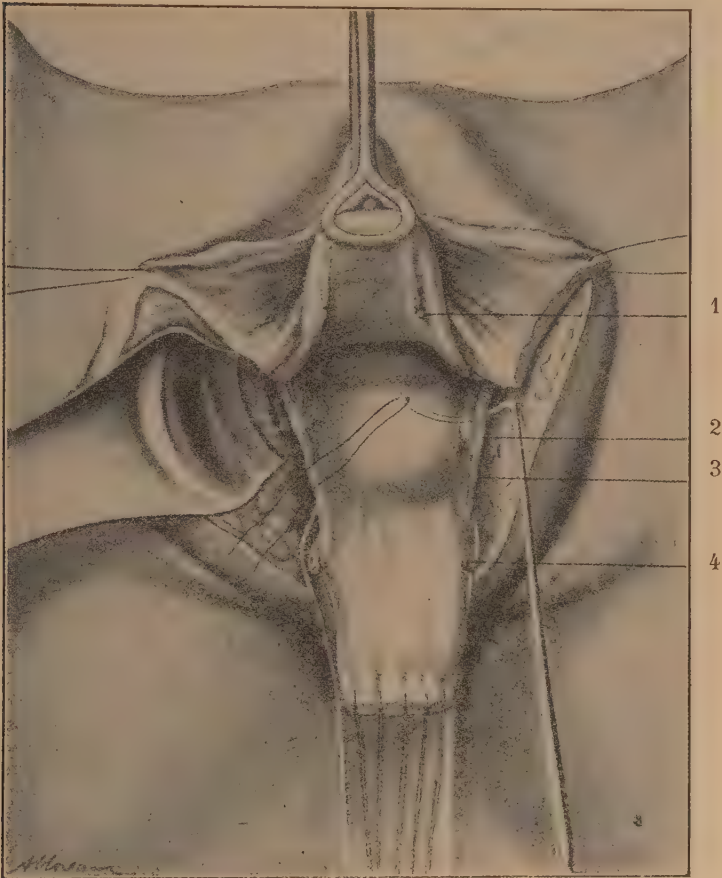


FIG. 7. — *Ligature des branches vésicales de l'utérine*
(CUNÉO et PICOT)

- 1. — Branches vésicales de l'utérine. 2. — Artère utérine.
- 3. — Bout central de l'artère vaginale.
- 4. — Bout périphérique de l'artère vaginale.

est collée contre le corps, auquel elle envoie les branches cervico-vaginales. C'est également de ce niveau

que partent les branches vésicales qui nécessitent souvent une ligature spéciale permettant de mieux refouler la vessie (1).

La ligature de l'utérine pour être correcte et suffisante doit porter sur la portion descendante, externe de l'artère et sur elle seulement, et non pas sur la portion ascendante ou sur les deux portions réunies, ce qui donnerait une ligature mauvaise et gênerait la descente de l'utérus après section de l'artère au-dessus de la ligature. Il y a intérêt, lorsque la portion descendante est chargée sur l'aiguille de Deschamps à refouler la ligature le plus haut et le plus en dehors possible de façon à enlever le plus d'artère et le plus de tissu cellulaire que l'on peut, mais en évitant l'uretère que l'on sait croiser par en avant l'artère utérine. La section des artères utérines permet un abaissement encore plus important que ne l'avait permis la section des vaginales.

SECTION DES LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS. — Le plus en arrière possible, s'il s'agit d'un néoplasme car ils contiennent de nombreux vaisseaux lymphatiques. Comme ils sont avasculaires, il n'est pas besoin de les lier auparavant si on a eu soin de dégager leur face externe qui, dans sa partie basse est au contact des branches de l'hémorroïdale moyenne.

(1) Ce glissement du croisement artère-uretère n'est possible que lorsqu'il n'y a pas d'adhérence pathologique. Dans les cas d'infiltration néoplasique ou d'adhérences inflammatoires, les deux organes restent solidarisés et il faut souvent disséquer l'uretère pour le récliner afin d'être sûr de ne pas le blesser.

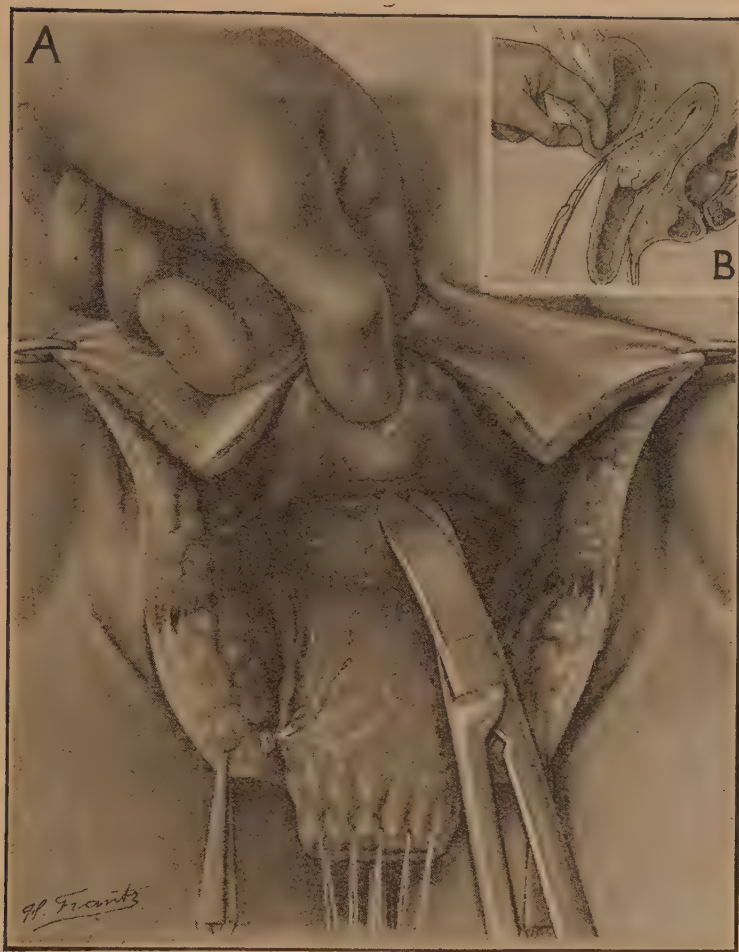


FIG. 8. — *Décollement utéro-vaginal dans les cas difficiles*
(PICOT et GILLET)

Lorsque le néoplasme adhère à la vessie on passe entre la musculuse et la muqueuse vésicales. L'uretère dilaté aux bougies permet l'introduction de l'index dans la vessie pour guider les ciseaux. En cartouche, coupe schématique de ce temps opératoire.

L'utérus ne tient plus alors que par ses pédicules supérieurs.

LIGATURE DES LIGAMENTS RONDS ET DES LIGAMENTS LARGES. — Il convient de commencer par la ligature d'un ligament rond, puis du ligament infundibulo-pelvien du même côté, la facilité de cette ligature dépend du volume et de la mobilité des annexes. Les ligaments d'un côté étant sectionnés, la bascule de l'utérus permet de libérer et de sectionner facilement les ligaments du côté opposé. On est fréquemment obligé de lier les ligaments au niveau de la corne utérine et d'extirper secondairement les annexes après ablation de l'utérus.

Après ablation de l'utérus et vérification de l'état des anses intestinales au contact de la brèche péritonéale l'opération est rapidement terminée.

III. — Fermeture du péritoine et reconstitution du vagin

LA FERMETURE DE LA BRÈCHE PÉRITONÉALE est un temps très important auquel il faut apporter beaucoup de soin. Elle est relativement facile si les deux lèvres sont longues, et ont été bien repérées au début de l'intervention. Cette fermeture par des points séparés au catgut ou à la soie fine, doit être étanche et solide pour empêcher l'étranglement d'une anse intestinale et former une grande barrière entre la grande cavité péritonéale et la plaie périnéale.



FIG. 9. — *Ligature de l'artère utérine (CUNÉO, PICOT et GILLET)*

L'aiguille de Deschamps ne charge que la portion descendante de l'artère. La brèche faite dans la musculature vésicale a été comblée par quelques points de suture. Le cul-de-sac péritonéal utéro-vésical est ouvert et repéré.

RECONSTITUTION DE LA PAROI POSTÉRIEURE DU VAGIN par quelques points au catgut.

MÉCHAGE DU DÉCOLLEMENT RECTO-VAGINAL en ayant soin de bien pousser les deux mèches latérales le plus haut et le plus latéralement possible vers la base du ligament large.

Lorsque la colpectomie est totale, ou tout au moins très étendue, il n'est évidemment pas question de refaire la paroi postérieure du vagin et le méchage ou le sac de Mickulicz est placé dans la grande brèche vagino-périnéale.

FERMETURE PARTIELLE DES BORDS DE LA PLAIE en fonction de l'infection ou de l'importance du méchage.

SONDE VÉSICALE A DEMEURE ou sondages 3 à 4 fois par jour.

IV. — Variantes opératoires

Déjà dans leur article initial de 1921 MM. CUNÉO et PICOT insistaient sur le caractère forcément trop schématique de cette description. Les nécessités opératoires et l'esprit d'initiative du chirurgien ont souvent varié la succession ou l'exécution des différents temps opératoires. Les temps d'hémostase sont pratiquement toujours intriqués aux temps de décollement ou de libération qu'ils facilitent. *La section des releveurs* qui donne alors une voie d'abord très large est parfois indiquée. *Si la section et le morcellement*



FIG. 10. — *Ligature des pédicules supérieurs*
(CUNÉO, PICOT et GILLET)

Ligature du pédicule utéro-ovarien. En cartouche ligature du ligament rond.

de l'utérus sont rarement rendus nécessaires (il s'agit dans ces cas de gros fibromes), les deux variantes opératoires les plus fréquemment employées sont relatives au *clivage de la vessie* et à la *section des pédicules utérins*. Ils sont en rapport avec la fréquente infiltration inflammatoire ou néoplasique de la vessie et des paramètres. Ce sont les temps les plus délicats dans les hystérectomies difficiles. Les ayant souvent vu exécuter par MM. CUNÉO et PICOT et ayant le privilège de bénéficier des belles illustrations dues au talent de FRANTZ, nous allons essayer d'en préciser les principaux temps.

LA LIBÉRATION DE LA VESSIE dans les cas difficiles est très délicate et peut être dangereuse. La libération au doigt ou à la pointe des ciseaux courbes risque ou bien d'entrer dans la masse cancéreuse utérine ou de laisser couler dans le champ opératoire des débris néoplasiques tout en faisant une exérèse insuffisante, ou bien de blesser la vessie qu'il faut suturer en craignant l'établissement d'une fistule vésico-vaginale.

La libération de la vessie sur la pulpe de l'index introduit dans la vessie (1) permet de bien sentir les limites de l'infiltration et de séparer de la pointe des ciseaux le tissu à enlever de la paroi vésicale. Dans quelques cas (obs. LIII, LXXIII et XC) pour que l'exé-

(1) L'introduction du doigt dans la vessie est toujours possible après dilatation de l'uretère par les bougies de Hegar du n° 10 au n° 16 ou 18. Cette manœuvre n'entraîne aucun trouble urinaire, et notamment nous n'avons jamais observé d'incontinence.

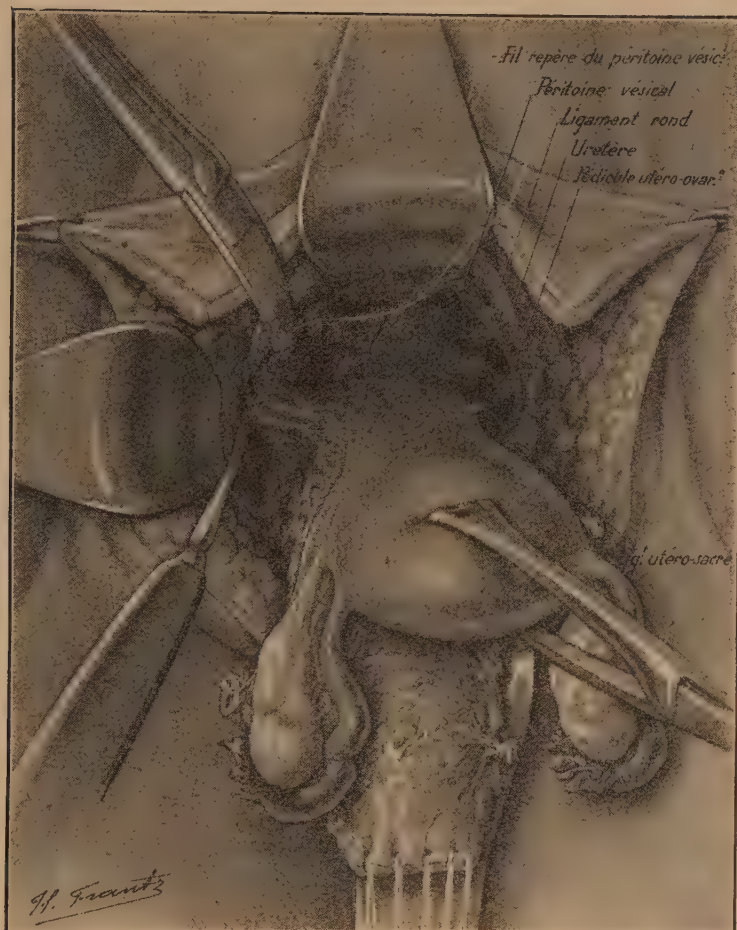


FIG. 11. — Ligature dernière du pédicule utérin dans le procédé
« américain » (CUNÉO, PICOT et GILLET)

Remarquer le refoulement de l'uretère droit par les ciseaux courbes et l'étendue du paramètre enlevé.

rèse soit suffisante il faut même enlever avec la tumeur la partie de la musculieuse vésicale qui y adhère, ne laissant en place que la muqueuse vésicale. Le dessin de la cartouche de la planche n° 9 montre bien comment avec une petite aiguille de Reverdin courbe et des fils de lin très fins, on peut par des points fermer cette brèche faite dans la musculieuse sans risquer la fistule, surtout si on a soin de protéger la vessie par le procédé suivant.

LA PROTECTION DE LA FACE INFÉRIEURE DE LA VESSIE, s'obtient facilement en solidarissant les chefs réunissant les deux lèvres péritonéales à la lèvre antérieure du vagin. Ce temps est presque toujours possible sauf dans les cas où, la colpectomie étant très étendue, les lèvres péritonéales ne sont pas assez longues pour être amenées à la lèvre vaginale qui est très bas juste en arrière du méat urétral.

Ce procédé a deux avantages :

1° Il protège la face inférieure de la vessie souvent cruentée et fragile et la met à l'abri des mèches prévenant ainsi son escharification.

2° Il suspend la vessie et empêche dans une certaine mesure du moins, son prolapsus.

LA BASCULE DE L'UTÉRUS après section des ligaments supérieurs permettant la libération du pédicule utérin de haut en bas est également une variante opératoire très utile à savoir exécuter, lorsque le croisement uretère-utérine est bloqué et masqué par la réaction inflammatoire et l'envahissement néoplasique.

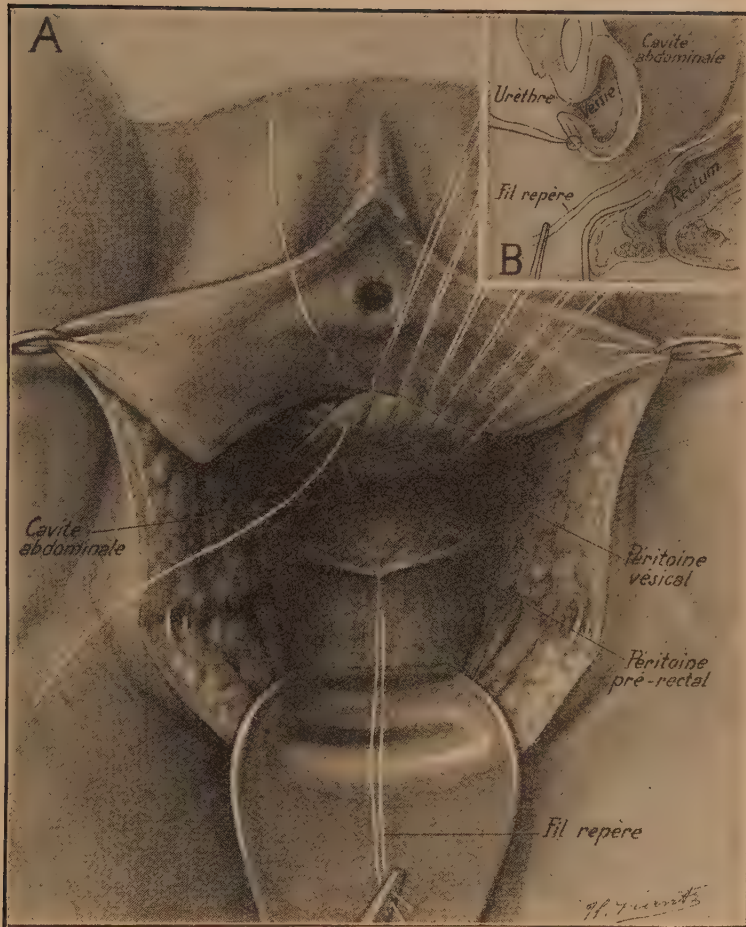


FIG. 12. — *Fermeture du péritoine et protection vésicale*
(CUNÉO, PICOT et GILLET)

Le péritoine vésical est suturé à la lèvre vaginale antérieure. Les chefs sont conservés pour être passés dans la lèvre péritonéale pré-rectale. En cartouche, schéma de ce temps opératoire.

Cette manœuvre consiste à :

1° Libérer, lier et sectionner le pédicule utérin le plus accessible.

2° Lier et sectionner le ligament rond du même côté.

3° Lier et sectionner le ligament utéro-ovarien, les annexes de ce côté sont souvent retirées après l'ablation de l'utérus.

L'utérus solidement amarré au niveau de son fond par une pince de Museux est basculé d'arrière en avant et en même temps autour de son axe exposant ainsi sa face postérieure et le ligament large restant.

4° Lier et sectionner le ligament rond du côté opposé.

5° Lier et sectionner de haut en bas le ligament large restant; on aborde ainsi progressivement la zone difficile que l'on peut libérer à la fois par en avant et par en arrière, ainsi que de haut en bas. L'uretère de plus en plus libéré se refoule de plus en plus en haut et en arrière et le pédicule utérin apparaît plus nettement.



FIG. 13. — *Dernier temps opératoire : fermeture péritonéale et mèche (CUNÉO, PICOT et GILLET)*

Les fils de la suture antérieure ont été passés dans le péritoine prérectal et ferment la cavité abdominale. Une mèche draine de chaque côté le paramètre. Dans ce cas (obs. LXXXI) la colpectomie étant quasi-totale, il n'y a pas de reconstitution de la paroi vaginale postérieure.

Soins post-opératoires

Ils sont relativement simples et comprennent :

Surveillance et traitement d'ordre général communs à toutes les opérations.

Sonde à demeure ou sondage 3 fois par jour pendant 5 à 6 jours.

Constipation pendant 5 jours.

Raccourcissement des mèches à partir du 3^e jour et ablation des mèches à partir du 5^e jour. Ces dates ne sont évidemment qu'approximatives, elles sont indiquées par l'état de l'opérée et par la courbe de la température.

La cicatrisation de la plaie périnéale est relativement rapide. Dans les cas où la paroi postérieure a été reconstituée et la plaie périnéale fermée partiellement, le comblement se fait en 20 à 30 jours. Il est facile de retrouver dans nos observations de fibromes et de prolapsus des opérées sorties du 18^e au 25^e jour.

Dans les cas de cancer infecté chez des malades très fatiguées où la plaie a été laissée largement béante, la cicatrisation est évidemment beaucoup plus longue et il n'est pas rare de voir des hospitalisations de 30 à 60 jours, mais il faut reconnaître que dans ces cas il s'agit toujours de cancéreuses chez lesquelles la réparation est lente.

Observations et résultats

Nous croyons préférable de présenter les observations en même temps que les résultats qui les concernent. Il est évident que l'opération n'est pas la même si l'on opère avec le diagnostic de cancer du col, de cancer du corps, de fibrome ou de prolapsus. Dans les deux premiers cas, son but est d'obtenir la guérison par une large exérèse (sauf bien entendu s'il s'agit d'opération de propreté) risque à avoir une forte mortalité opératoire. Dans les autres cas, le but du chirurgien est de soulager sa malade sans prendre de risques au point de vue pronostique vital.

L'opération n'étant pas la même, les suites opératoires et les séquelles opératoires sont différentes selon les diverses catégories. Aussi, croyons-nous devoir exposer successivement les observations :

de cancer du corps,

de cancer du col,

de prolapsus,

et de fibromes,

en réunissant dans chaque chapitre les cas ayant eu une indication ou une évolution semblables. Aussi, dans chaque chapitre séparerons-nous les observations ayant eu :

- 1° une guérison opératoire normale;
- 2° une évolution post-opératoire troublée de complications;
- 3° une évolution fatale.

Nous devons faire remarquer que les cancers du corps, les métrites séniles, les endométriomes ou les cancers du corps avec cancer des ovaires, seront réunis, le diagnostic opératoire ayant toujours été celui de cancer du corps.

I. — Malades opérées avec le diagnostic de cancer du corps

1° 22 malades furent opérées pour cancer du corps de l'utérus confirmé opératoirement ou histologiquement, sans incident et eurent une guérison opératoire toute simple.

OBS. I. — Mme Bau..., 61 ans. Entre à Lariboisière le 17 juillet 1919 pour des métrorragies. Diagnostic de néo. du corps.

Opération le 19 juillet 1919. Docteur PICOT.

Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin. Incision bi-ischiatique. Effondrement des culs-de-sac de Douglas. Incision circulaire du vagin, de la périphérie vers le centre du canal vaginal, fermeture de la collette vaginale. Décollements vagino et utéro-vésical. (Pénible en raison des adhérences néoplasiques). Isolement des uretères. Bascule de l'utérus. Ligature des quatre pédicules supérieurs. Ligature des utérines près de leur origine. Péritonisation. Tamponnement.

Suites opératoires : Excellentes, sans fièvre.

Sort le 26 août 1919.

OBS. II. — Mme Lan..., 58 ans, entre à Lariboisière le 6 septembre 1922 pour des pertes purulentes et fétides. Examen : corps gros et dur. Diagnostic clinique : néo. du corps.

Opération : le 7 septembre 1922. Docteur PICOT.

Rachi-anesthésie : Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin développé dans le corps au voisinage de l'orifice cervical. Volumineux pyomètre avec pus et gaz. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel. Les deux paramètres sont largement enlevés en commençant par le droit et en enlevant le gauche de haut en bas et d'arrière en avant. Fermeture du péritoine. Aucune suture des releveurs ni de la peau.

Suites opératoires : Simples et sans fièvre.

Sort le 6 octobre 1922.

Revue le 18 décembre 1922 : parfaitement guérie.

Revue le 28 juin 1928 en excellent état.

OBS. III. — Mlle Pin..., 58 ans. Entre à Lariboisière le 23 mars 1925 pour des métrorragies datant de 18 mois, d'abord intermittentes, puis continues, purulentes, fétides et s'accompagnant de coliques depuis un mois. Anorexie, amaigrissement. Diagnostic clinique de néo. du corps.

Opération : le 23 mars 1925. Pr. CUNéo.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin. Décollement recto-vaginal. Incision circulaire de la paroi vaginale et décollement vésico-vaginal. Au niveau de la région cervicale la lésion adhère à la vessie. Après introduction d'un doigt dans la vessie on poursuit le décollement. Ligature de la vaginale et de l'utérine gauche. Ligature des pédicules supérieurs gauches. On termine par la ligature des pédicules droits, de haut en bas, après dissection de l'uretère.

Suites opératoires : très fébriles jusqu'au dixième jour.

Sort le 13 mars 1925.

OBS. IV. — Mme Cha..., 38 ans. Entre à Lariboisière le 19 octobre 1925 pour des métrorragies et une augmentation de volume de l'utérus faisant porter le diagnostic de fibrome avec possibilité de cancer utérin.

Opération : le 23 octobre 1925. Dr SÉNÈQUE.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel sans ablation des annexes. Péritonisation,

tamponnement de la plaie périnéale. L'examen de la pièce montre l'existence d'un cancer isthmique.

Suites opératoires: Très fébriles jusqu'au dix-septième jour.

Sort le 29 novembre 1925 en bon état.

OBS. V. — Mme Sed..., 58 ans. Entre à Lariboisière le 21 juin 1926 pour des douleurs pelviennes et lombaires datant de deux mois; une métrorragie abondante il y a 8 jours. Antécédents: 4 enfants bien portants; 9 fausses-couches. Diagnostic clinique: néo. du corps utérin.

Opération: le 23 juin 1926. Pr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale. Décollement de la vessie difficile (adhérences importantes et vagin friable). Difficulté d'hémostase des petites artères vaginales. Difficulté de péritonisation en raison de la rétraction de la culotte péritonéale postérieure. Ablation en totalité des annexes des deux côtés. Mickulicz.

Suites opératoires: Excellentes; la température ne dépasse pas 38°.

Sortie le vingt-troisième jour.

OBS. VI. — Mme Mag..., 72 ans, consulte à la Fondation Rothschild, rue Marcadet, le 21 octobre 1929 pour des pertes rosées très fétides, avec caillots, datant de quelques mois, des mictions difficiles et lentes; de la pollakiurie nocturne. — Antécédents: 5 enfants dont 2 vivants; a été opérée en 1921 pour épithélioma du sein droit.

T. V.: Cor dur, petit; corps gros, douloureux, l'examen fait sourdre par le col de la sérosité sanguinolente.

Biopsie après curettage: 28 octobre 1929: Epithélioma du type cylindrique glandulaire. Forme végétante, infiltrante. Monstruosité cellulaires nombreuses. Malignité certaine. Atypie cellulaire trop prononcée pour qu'on puisse dire, en l'absence de correctif, s'il s'agit d'un épithélioma dont le point de départ est au niveau de la muqueuse du corps ou peut être de métastase intestinale (épithélioma du rectum par exemple).

Conclusion : Tumeur maligne à type de carcinome glandulaire.

Opération le 2 décembre 1929. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Colpo-hystérectomie périnéale pour utérus fibromateux et néo. du corps. Incision transversale préalable. Décollement recto vaginal jusqu'au Douglas qui est complètement adhérent et qu'on ne peut ouvrir. Le vagin est coupé circulairement et on décolle le col de la vessie. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Section de chaque côté des vaginales et de l'utérine gauche après avoir repéré l'uretère. De haut en bas on effondre le Douglas et on peut placer une valve sur le rectum. Ligature des deux pédicules supérieurs. Par bascule, on arrive à isoler l'uretère droit et on lie pour finir l'utérine droite. Fermeture du péritoine. Trois mèches, une à chaque angle, une au milieu.

Suites opératoires : Normales non fébriles.

Sort guérie le 12 janvier 1930 en bon état.

Revue le 7 avril 1930 : Etat local parfait, se plaint de vertiges qui nécessitent les soins d'un cardiologue : T. A. : 13-24.

OBS. VII. — Mme Mad..., 58 ans. Entre à Lariboisière le 31 janvier 1930 pour des métrorragies et des douleurs pelviennes. Diagnostic de néo. du corps. Température à 38° en permanence. T. C. : 20'. Urée : 0,30.

Opération le 10 février 1930. Pr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale pour néo. du corps utérin. Incision transversale pré-rectale et décollement recto-vaginal, puis formation d'une collerette vaginale que l'on ferme et décollement vésico-vaginal qui est difficile du fait d'adhérences nombreuses. On libère le vagin en commençant par les côtés. Ligature des vaginales, puis des utérines. (Malade très obèse, vagin étroit, opération difficile). Ouverture du cul-de-sac antérieur ; bascule de l'utérus ; ligature des ligaments ronds et utéro-ovariens en laissant de chaque côté les ovaires. Péritonisation. Mickulicz périnéal avec sac et deux mèches à l'Ektogan. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : Fébriles jusqu'au quinzième jour ; malade fatiguée. Ablation des mèches le septième jour.

Sort le 31 mars 1930 en bon état.

OBS. VIII. — Mme Cro..., 57 ans. Entre le 10 mars 1930 pour des métrorragies et des pertes séro-purulentes faisant porter avec la constatation d'un utérus gros et dur le diagnostic de : Cancer du corps.

Opération le 17 mars 1930. Pr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale assez difficile en raison du volume de l'utérus qui présente un gros néoplasme intra-utérin et un fibrome de la face antérieure du corps. Conservation des annexes. Péritonisation. Mickulicz.

Suites opératoires : Simples, sans fièvre.

Sort le 8 mai 1930.

OBS. IX. — Mme Cha..., 35 ans. Entre à Lariboisière le 6 septembre 1930 pour des métrorragies d'apparition récente. A l'examen, corps gros et dur, col suspect.

Opération : le 11 septembre 1930. Dr J.-Ch. BLOCH.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. du corps (?) par le procédé de Cunéo. Conservation des annexes. Péritonisation. Drainage du tissu cellulaire par Mickulicz.

Bonnes suites opératoires.

Sort le 13 octobre 1930.

OBS. X. — Mme Lic..., 61 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 19 décembre 1930 pour des pertes de sang et de glaires peu abondantes datant de un an et des pesanteurs dans le bas-ventre. Ménopause à l'âge de 53 ans.

Examen clinique : Malade très grasse et fatiguée. Utérus gros et dur. Pertes fétides. Urée : 0,23. T. C. : 26°.

Opération : le 22 décembre 1930. Pr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale avec ablation des annexes chez une malade très grasse et fatiguée. L'utérus est très volumineux et présente des fibromes. Péritonisation minutieuse à la soie avec exclusion des pédicules dans le vagin. Mickulicz périnéal. Sonde de Pezzet.

L'examen histologique confirme le diagnostic de cancer du corps.

Suites opératoires : T. oscillant aux environs de 38° pendant 15 jours, ablation de la sonde et des mèches le cinquième jour, du sac le onzième jour.

Sort le 23 janvier 1931.

Décédée en mai 1932 de récidives vaginale et abdominale.

OBS. XI. — Mme Cur..., 53 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 29 septembre 1931 pour des pertes rosées, purulentes, fétides, des métrorragies, des douleurs dans le bas-ventre à type de coliques irradiant aux cuisses. Œdème des jambes. Pas d'amaigrissement ni de fièvre. Urines troubles d'odeur nauséabonde.

T. V. : Utérus gros et dur.

Examens de laboratoire : Urée : 0,18. T. S. : 2'30". T. C. : 24'. G.R. : 3.400.000 G. Bl. : 8.000.

Opération : le 7 octobre 1931. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale facile. Ligature de l'utérine gauche avant d'ouvrir le péritoine. Ligature des pédicules annexiels droits puis gauches. Bascule de l'utérus et ligature de l'utérine droite par en haut. Péritonisation facile. Mèches.

Examen histologique de la pièce opératoire :

1° Fragment de corps : épithélioma végétant typique ne paraissant pas pénétrer très profondément dans les couches musculaires. L'organe est envahi par un processus de sclérose intense et par une réaction inflammatoire aboutissant en certains points à des plages néoplasiques ;

2° Le deuxième fragment est constitué par des végétations néoplasiques remaniées par une réaction inflammatoire considérable.

Suites opératoires : très simples et sans fièvre. Ablation des mèches le dixième jour.

Sort le 31 décembre 1931.

OBS. XII. — Mme Mas... Entre en clinique en décembre 1931, pour des métrorragies d'apparition assez récente et des pertes glaireuses. Col dur, corps gros et dur.

La biopsie confirme le diagnostic clinique de néo. du corps.

Opération : le 20 décembre 1931. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale, facile, avec ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Deux mèches.

Suites opératoires très simples.

Sort dans le courant de janvier en excellent état.

OBS. XIII. — Mme Pru..., 60 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet 1932 pour des métrorragies abondantes datant de 5 ans. Elle fut traitée par R. X. pour fibrome. A la suite d'une hémorragie abondante, elle fait une syncope et est amenée d'urgence à l'Hôpital.

Examen clinique : Malade subictérique d'une faiblesse extrême. Utérus augmenté de volume, bosselé, col fermé. Diagnostic clinique de fibrome ou de néo. du corps.

Formule sanguine le 13 juillet 1932 : G. R. : 3.760.000 ; G. Bl. : 9.000.

Transfusion de 250 cc³ de sang le 22 juillet 1932.

Formule sanguine le 25 juillet 1932 : G. R. : 4.720.000 ; G. Bl. : 8.000.

Urée : 0,35. T.C. : 22'.

Opération : le 26 juillet 1932. Dr J.-Ch. BLOCH.

Rachi-anesthésie complétée par éther. Hystérectomie périnéale par le procédé du Pr CUNÉO pour fibrome ou cancer utérin chez une femme très fatiguée.

Examen histologique de la pièce : Epithélioma glandulaire végétant.

Suites opératoires : sans fièvre, mais la malade reste fatiguée assez longtemps.

Sort le 21 septembre 1932 en bon état.

Revue le 23 avril 1934 très fatiguée.

Décédée le 7 août 1934.

OBS. XIV. — Mme Vve Pic..., 68 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juin 1933, pour des métrorragies rosées et fétides. A été traitée par radium.

Examen : corps gros et dur. Femme fatiguée et fébrile.

Opération : le 7 juin 1933. Pr CUNÉO.

Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale difficile mais sans incident.

L'examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma du corps utérin.

Suites opératoires : simples et sans fièvre. Ablation des mèches le septième jour.

Sort le 29 août 1933, assez fatiguée.

Décédée en octobre 1933.

Obs. XV. — Mme Bri..., 53 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre 1934 pour des métrorragies peu abondantes, rosées, spontanées, datant de deux ans et demi. Ménopausée à l'âge de 42 ans, elle avait eu, six mois après, des pertes semblables ayant cessé après l'ablation d'un polype du col. Elle se plaint de douleurs et de pesanteurs pelviennes de plus en plus vives.

Antécédents : trois fausses-couches, cinq crises de coliques hépatiques.

Examen de laboratoire : urée : 0,50. T.S. : 1'30". T.C. : 24'.

Opération : le 5 mars 1934. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. du corps. Incision bi-ischiatique. Décollement du rectum et de la vessie. Ligature de l'utérine gauche, puis des pédicules supérieurs gauches. Bascule de l'utérus et ligature des pédicules droits. Fermeture du péritoine. Mèche périnéale.

Suites opératoires très simples et sans fièvre.

Examen histologique de la pièce : néo du corps. Epithélioma cylindrique typique végétant de l'utérus. Le stroma est grêle, sans infiltration leucocytaire appréciable. Au niveau des fibres musculaires, quelques îlots inflammatoires à éléments mononucléés.

Sort le 22 mars 1934 en bon état.

Revue le 8 juin 1935 et le 6 juillet 1937 en excellent état.

Obs. XVI. — Mme Lec..., 72 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 22 février 1935 pour des métrorragies peu abondantes mais continues, durant depuis un an.

Examen : bon état général, amaigrissement peu marqué depuis quelques mois. Souffle systolique de la pointe se propageant vers l'aisselle. T. A. : 15-7 1/2. Corps petit et dur. Le doigt revient souillé de sang. Diagnostic de néo. du corps.

Examen de laboratoire : urée : 0,41. T.S. : 1'30". T.C. : 19'.

Opération : le 5 mars 1935. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel pour cancer du corps de l'utérus.

Suites opératoires très simples et sans fièvre.

Examen histologique de la pièce fait à la Fondation Curie : Epithélioma glanduliforme à cellules prismatiques. En certains points, les cellules sont indifférenciées et confluent en amas pleins sans structure glandulaire. Envahissement profond du muscle. Mitoses en nombre modéré. Infiltration polynucléaire traduisant un état inflammatoire concomitant.

Sort le 6 avril 1935 en excellent état.

OBS. XVII. — Mme Bar..., 51 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 14 janvier 1936 pour des pertes auparavant roussâtres, peu abondantes, intermittentes, ayant débuté un mois auparavant. En 1921, des métrorragies et l'augmentation du volume du ventre avaient fait faire le diagnostic de fibrome traité par R. X. Malade très grasse.

L'examen montre une cystocèle. Le col est très irrégulier, dur et saigne au toucher.

La biopsie ne montre que des lésions de métrite.

Examen de laboratoire le 15 janvier 1936 : ni sucre, ni albumine ; urée, 0,40. T. S. : 4'10". T. C. : 22'. G. R. : 3.340.000 ; G. Bl. : 4.500 (poly. 55 %). Le 11 novembre 1936 : T.S. : 3'. T.C. : 14' G.R. 2.800.000. G. Bl. : 8.280 (poly, 67 %).

Opération : le 23 janvier 1936. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale en raison de l'embonpoint de la malade. Incision transversale. Décollement du vagin jusqu'au Douglas. Incision circulaire du vagin à environ 6-7 cm. de la vulve. Décollement recto-vaginal jusqu'au cul-de-sac qui est ouvert. Fermeture du vagin. Ligature des deux vaginales permettant la descente de l'utérus. Ouverture du Douglas. Ligature très externe

des deux utérines. Bascule de l'utérus. Ligature des quatre pédicules supérieurs. Fermeture du péritoine par plusieurs points en U. Deux mèches. Réunion de la plaie dans les angles. Sondé à demeure.

L'examen de la pièce montre un gros néo. du corps.

Examen histologique de la pièce : tumeur endo-cervicale. Epithélioma cylindrique du corps avec foyer métastatique au niveau du col avec tendance spino-cellulaire.

Suites opératoires simples : la température ne dépasse pas 38° jusqu'à l'ablation des mèches le cinquième jour.

Sort de l'hôpital guérie le 16 novembre 1936.

Obs. XVIII. — Mme Cou..., 63 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Louis le 3 novembre 1936 pour des pertes utérines roussâtres ayant débuté 10 mois auparavant et devenant de plus en plus abondantes et continues. Ménopause à l'âge de 63 ans.

Examen clinique : Malade assez grasse. Atrésie vaginale, col normal, corps gros et dur. Mauvaise circulation au niveau des membres inférieurs : gros paquet variqueux, ulcères variqueux anciens.

Examen de laboratoires : ni sucre, ni albumine. Urée : 0,22. T.S. : 2'5; T.C. : 16'; G.R. : 4.050.000 ; G. Bl. : 9000 (poly. : 68 % ; mono. : 27 %).

Opération : le 7 novembre 1936. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie complétée par éther. Hystérectomie périnéale pour néo. du corps chez une malade assez grasse au bassin étroit. Incision bi-ischiatique; on est frappé par le peu de distance entre les deux ischions. Décollement recto-vaginal. Décollement vésico-vaginal. Ouverture des deux culs-de-sac péritonéaux. Ligature des deux artères vaginales. Ligature de l'utérine gauche après repérage de l'uretère. Le bassin étant très étroit, la ligature de l'utérine droite est difficile. On décide alors de la faire en dernier, en allant de gauche à droite. Bascule du fond utérin. Section puis ligature des pédicules supérieurs gauches, puis droits. Ligature de l'utérine droite; suture du vagin. Mèche périnéale.

Examen de la pièce : Grosse tumeur intra-cavitaire.

Epithélioma atypique d'origine glandulaire. Monstruosités cellulaires et mitoses très nombreuses. Grosse infiltration plasmo-lymphocytaire.

Suites opératoires très simples et sans fièvre. Ablation des mèches le sixième jour.

Sortie le 6 décembre 1936 en bon état.

OBS. XIX. — Mme Rav..., 56 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Louis le 2 novembre 1937 pour des métrorragies assez abondantes, noirâtres, fétides, datant de six mois, et des douleurs pelviennes durant depuis huit jours. Ménopause à l'âge de 50 ans.

Examen : assez bon état général ; embonpoint notable. Col normal, sauf au niveau de la lèvre antérieure qui est augmentée de volume. Le fond utérin n'est pas senti en raison de l'embonpoint.

Examen de laboratoire : ni sucre, ni albumine ; urée, 0,19, puis 0,23 ; T.S. : 3'30" ; T.C. : 16' ; G.R. : 3.870.000 ; G.Bl. : 13.000 (poly. 68 %, mono. 31 %).

Opération : le 13 novembre 1937. Dr PICOT.

Hystérectomie périnéale pour néo du corps probable. Incision prérectale. Décollement recto-vaginal aussi haut que possible. Section de la commissure vulvaire. Incision circulaire du vagin passant à 2 cm. de l'orifice urétral. Fermeture du vagin par plusieurs points en U. Décollement vésico-vaginal jusqu'au cul-de-sac qui est ouvert. Décollement recto-vaginal aussi haut que possible. Section des releveurs permettant un premier abaissement. Une valve est introduite dans le cul-de-sac antérieur, mettant en tension les uretères qui apparaissent nettement. On refoule l'uretère gauche du bout des ciseaux et on lie l'utérine très en dehors. Après bascule de l'utérus, on lie les ligaments rond et utéro-ovarien gauches, on fait pivoter l'utérus et on attaque le côté droit de haut en bas : ligament rond, ligament utéro-ovarien et ligature dernière de l'utérine droite. Fermeture du péritoine par trois points séparés. Une mèche dans chaque angle. Réunion partielle de l'incision cutanée.

A la coupe de la pièce, on constate un énorme cancer

du corps avec sphacèle de la muqueuse dégageant une odeur fétide.

Examen histologique de la pièce : épithélioma cylindrique tubulé. Dans le fragment examiné, la tumeur végétée en surface, mais il y a déjà irruption dans les vaisseaux lymphatiques. La surface de la muqueuse est nécrotique et très infectée.

Suites opératoires : excellentes, malgré une crise de diarrhée ayant cédé au bismuth. Du huitième au vingtième jour, la température reste en plateau à 38°, mais est en rapport avec de l'infection urinaire (pus et coli en grosse quantité dans les urines). Traitement : urotropine et acide phosphorique.

Sortie le 27 décembre 1937 en bon état.

OBS. XX. — Mme Mia..., 47 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies datant de quelques mois et un léger amaigrissement. Examen : col normal, corps un peu augmenté de volume et dur.

Examen de laboratoire : T.S. : 5'; T.C. : 15'; G.R. : 5.200.000; G.Bl. : 8.000 (poly. 76 %, mono. 14 %).

Opération : le 7 novembre 1938. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale selon la technique habituelle pour néoplasme du corps utérin. Ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Fermeture partielle de la plaie périnéale. Mèche iodoformée. Sonde vésicale.

Suites opératoires excellentes et sans fièvre.

L'examen histologique de la pièce : épithélioma cylindrique typique du corps de l'utérus. Variété végétante polypeuse. Peu de pénétration en profondeur. On observe au contact des masses néoplasiques une légère réaction inflammatoire à cellules rondes. Cette réaction s'accompagne de lésions inflammatoires sclérosantes des parois vasculaires et de thrombose.

Sort le 25 novembre 1938 (dix-huitième jour) en excellent état.

OBS. XXI. — Mme Ren..., 58 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu en février 1938 pour des métrorragies peu abondantes. Diagnostic clinique de néo. du corps.

Opération : le 22 novembre 1938. Dr SÉNÈQUE.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé du Pr CUNÉO. Conservation des annexes gauches. Mèches dans le décollement recto-vaginal. Crins sur la plaie périnéale.

Suites opératoires : simples et sans fièvre.

Examen histologique de la pièce : Epithélioma cylindrique typique du corps de l'utérus, forme végétante.

Sort le 20 mars 1938 en excellent état.

Revue le 5 août 1938 en excellent état, local et général.

OBS. XXII. — Mme Nov..., 43 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 13 juin 1938 pour des crises douloureuses hypogastriques avec des pertes jaunâtres et fétides. Antécédents : opérée il y a 14 ans pour fibrome (?). Depuis, réglée irrégulièrement. Soignée pour lithiase biliaire.

Examen : col fermé, dur, corps non perçu, cul-de-sac souple, indolore. T.A.: 8-12.

Examens de laboratoire: urée, 0,32, ni sucre ni albumine.

T.S.: 1'30. T.C.: 16'.

Opération : le 20 juin 1938. Pr CUNÉO.

Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale facile pour néo. du corps utérin.

Suites opératoires très simples et sans fièvre.

Sort le 7 juillet 1938 (dix-septième jour).

2° Deux malades furent opérées avec le diagnostic de cancer du corps de l'utérus et présentaient également un cancer des ovaires.

Elles guérissent toutes deux; l'une (observation XXIV) mourut deux ans après.

OBS. XXIV. — Mme Der..., 55 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1931 pour des métrorragies noirâtres datant de trois mois. Diagnostic clinique : néo. utérin avec prolapsus.

Examens de laboratoire : Urée : 0,23 ; T.S.: 2' ; T.C.: 14' ; G.R.: 14.000.000 ; G. Bl.: 4.000 (poly.: 47 %).

Opération : le 26 mai 1931. Dr J.-Ch. BLOCH.

Diagnostic : épithélioma du col (métrorragies 5 ans après ménopause), il s'agit en réalité de deux tumeurs solides des ovaires avec un peu d'ascite. Hystérectomie périnéale selon la technique du Pr CUNÉO. Péritonisation à la soie et un Mickulicz avec deux mèches.

Suites opératoires très simples.

Examen histologique de la pièce : Fragment d'ovaire envahi dans sa totalité par un processus épithéliomateux, cylindrique, atypique, dont l'origine cellulaire est difficile à préciser. Le stroma est assez dense et peu infiltré de cellules inflammatoires.

Sortie le 22 juin 1931.

Décédée le 15 mars 1933.

OBS. XXV. — Mme Le K., 64 ans. Entre à Lariboisière le 22 août 1924 pour des métrorragies faisant porter le diagnostic de cancer utérin.

Opération le 22 août 1924. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. utérin. A l'opération on trouve un utérus fibromateux et une ulcération au niveau du col et du vagin. Gros kyste végétant dégénéré de l'ovaire gauche. Péritonisation, mèches.

Suites opératoires : très simples.

Sortie le 17 septembre 1924.

3° 4 malades furent opérées avec le diagnostic de cancer du corps de l'utérus (vérifié opératoirement ou histologiquement) et furent victimes ou d'incidents opératoires ou de complications post-opératoires :

— une fistule recto-vaginale (sans qu'il y eut d'incident opératoire) qui guérit très bien après réintervention (observation XXVI);

— une fistule rectale peut-être en rapport avec une plaie rectale opératoire (?) (observation XXVII);

— une plaie vésicale suturée n'eut pas de suite (observation XXVIII);

— une plaie de l'uretère entraîna une fistule urétero-vaginale ayant nécessité une néphrectomie secondaire (observation XXIX).

OBS. XXVI. — Mme Aub..., 67 ans. Entre à Lariboisière le 5 mai 1920 pour des métrorragies et des douleurs pelviennes. Diagnostic clinique : cancer du corps.

Opération : le 11 mai 1920. MM. CUNÉO et PICOT.

Anesthésie au protoxyde d'azote.

Hystérectomie périnéale pour cancer du corps chez une femme très âgée avec atrésie du vagin. Incision péri-vaginale, décollement recto-vaginal, suture de chaque côté des pédicules vaginaux, utérins et annexiels. Pas d'ablation annexielle que l'on laisse de chaque côté. Réfection du vagin, sonde urétérale.

Suites opératoires : apparition d'une fistule recto-vaginale.

Deuxième opération : le 19 novembre 1920. Cure de la fistule recto-vaginale. Après dissection de la cloison, enfouissement de l'orifice au niveau de la muqueuse rectale et abaissement en avant de celui-ci d'un lambeau vaginal.

Sort le 15 décembre 1920.

OBS. XXVII. — Mme Lip..., 70 ans. Entre à Lariboisière en août 1926 pour des métrorragies. Présente un gros nœ. du col bourgeonnant avec prise de la partie supérieure du vagin. Urée : 0,65. Légère glycosurie.

Opération : le 26 août 1926. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie : Hystérectomie périnéale très difficile. Adhérence au rectum qui est ouvert puis suturé en deux plans. Large ablation des paramètres. Ablation des annexes. Péritonisation, mèches.

Suites opératoires : La fistule rectale reste fermée, mais il se produit du sphacèle de la face antérieure du rectum beau-

coup plus haut et l'apparition vers le quinzième jour, d'une fistule secondaire.

Sort le 30 novembre 1926 avec une fistule rectale.

OBS. XXVIII. — Mme Hau..., 64 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1931 pour des métrorragies très abondantes et fétides, datant de trois semaines ; depuis quelques jours pertes de caillots noirâtres. Diagnostic : néo du corps confirmé par la biopsie.

Examens de laboratoires : Urée : 0,18 ; T.C. : 20' ; G.R. : 3.080.000 ; G. Bl. : 8.000.

Opération le 23 avril 1931. Dr J.-Ch. BLOCH.

Rachi-anesthésie scurocaïne. Hystérectomie très difficile en raison de la longueur du vagin. *Plaie de la vessie suturée en trois plans*. Péritonisation. Mickulicz périnéal. Sonde à demeure.

Suites opératoires : très simples. T. à 38°5, jusqu'à l'ablation des mèches le cinquième jour.

Sort le 22 mai 1931 en bon état.

Revue le 6 avril 1932. Va bien.

Revue en avril 1933. Va très bien.

Revue en 1935 et 1937. Va très bien. Se plaint d'ulcères variqueux non en rapport avec l'intervention.

OBS. XXIX. — Mme Mer..., 69 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre 1932 pour des métrorragies datant de un mois. Amaigrissement de 20 kgs en trois ans. Constipation opiniâtre.

Examen clinique : Malade très fatiguée. Col semblant normal ; corps un peu augmenté de volume.

Examen de laboratoire : Urée : 0,37. T.C. : 10'30". G.R. : 5.800.000 ; G. Bl. : 8.000.

Opération : le 21 décembre 1932. Pr CUNéo.

Anesthésie à l'éther. Décollement vésical difficile. On laisse les annexes en place. Il persiste un suintement hémorragique assez abondant : mise en place de six mèches iodoformées.

Examen de la pièce : Grosse tumeur de l'isthme. Vaste épithélioma malpighien, polymorphe, envahissant les

plans profonds. Stroma assez dense et peu infiltré d'éléments inflammatoires. Nombreuses mitoses.

Suites opératoires : simples et sans fièvre ; mais, dès le troisième jour on constate un écoulement d'urine par la plaie périnéale.

Sort le 6 novembre 1932 en bon état.

Revient le 20 avril 1933 : existence d'une fissure urétéro-vaginale. La division d'urine montre qu'il n'y a pas d'écoulement par le méat urétéral droit.

Le 26 avril 1933 : néphrectomie droite.

Sort le 16 mai 1933, en bon état.

4° Deux observations sont à signaler :

— l'une (observation XXX) parce que l'hystérectomie périnéale fut impossible en raison d'hémorragies en nappe et nécessita 9 mois plus tard une hystérectomie abdominale ;

— l'autre (observation XXXI) au contraire, parce que l'hystérectomie abdominale ayant été impossible, on fut obligé de pratiquer un mois après une hystérectomie périnéale des plus faciles. (Le même cas est représenté par l'observation XXXVI). L'examen histologique de la pièce montrera qu'il s'agissait de cancer.

OBS. XXX. — Mme Cin..., 54 ans. Entre à l'Hôpital St-Louis le 6 février 1935 pour des métrorragies datant de trois mois. Le 8 février 1935, après dilatation par laminaire, on fait un curettage biopsique.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire. La malade sort du 14 au 20.

Examens de laboratoire : le 20 février 1935 : ni sucre ni albumine. T.S. : 2'50" ; T.C. : 13" ; G.R. : 4.280.000 ; G. Bl. : 9.180 (poly. : 67 %, mono. : 22 %, lympho. : 9 %).

La température oscillant aux environs de 37°8, on fait une vaccination pré-opératoire au vaccin de Weill et Dufour.

Première opération : le 21 février 1935. Dr PICOT.

Epithélioma du corps révélé par la biopsie. En raison de l'état et de l'embonpoint de la malade on décide une hystérectomie périnéale. Incision pré-rectale. On décolle la face postérieure du vagin. On tombe dans les lacs veineux extrêmement développés (malade très variqueuse). Hémorragie en nappe très abondante, dont on ne peut faire l'hémostase et on est obligé de tamponner et d'arrêter l'intervention.

Suites opératoires : Bonnes. La température ne dépasse pas 38°. Opium jusqu'au huitième jour, puis purge et lavement.

Sort de l'hôpital du 15 mars 1935 au 4 novembre 1935.

Examen de laboratoire le 4 février 1935 : Urée : 0,24 ; T.S. : 2'30 ; T.C. : 18'. La température oscille aux environs de 38°.

Deuxième opération : le 14 novembre 1935. Dr PICOT.

Anesthésie au Narcosol : médiane sous-ombilicale. On trouve un volumineux utérus. Tout le petit bassin est bloqué : l'utérus ne monte pas. Hystérectomie totale difficile. La section du vagin passe en plein tissu cancéreux. Il s'écoule du corps utérin un liquide très fétide. On enlève secondairement une nouvelle tranche du vagin qui est largement envahi. Pas de péritonisation. Mickulicz. Fermeture en trois plans : Catgut et bronzes sub-totaux. A l'ouverture de la pièce, on trouve un volumineux néo du corps ayant envahi tout l'utérus avec un gros pyomètre.

Suites opératoires : Excellentes. Ablation des mèches le deuxième jour et du sac le septième jour.

Sort le 20 décembre 1935 en bon état.

Revue le 20 juillet 1936 en parfait état local et général. A engraisé de 25 kgs.

Obs. XXXI. — Mme Lou..., 64 ans. Entre à l'Hôpital St-Louis le 25 avril 1936 pour des pertes rosées mêlées de caillots d'apparition récente. Ménopause à l'âge de 50 ans.

Examen clinique : Col mou, irrégulier ; corps augmenté de volume ; culs-de-sac gauche souple mais un peu douloureux.

Légère incontinence en position debout. Malade très emphysemateuse ; bruits du cœur sourds ; T.A. : 7-19.

Examen de laboratoire (27 avril 1936) : G.R. : 3.760.000 ; G. Bl. : 9.400 (Poly. : 55 % ; mono. : 37 % ; lympho. : 5 %). T.S. : 3' ; T.C. : 11'. Passant à 15' le 20 mai 1936 après administration de citrate de soude.

Résultat de la biopsie après curettage (29 avril 1936) : Pas de néoplasme dans le fragment examiné, infiltration lymphocytaire très importante, indiquant une inflammation subaiguë dont l'origine ne peut être précisée.

Première opération : le 9 mai 1936. Dr PICOT.

Anesthésie générale au Schleich. Laparotomie exploratrice pour néo. du corps probable. Il est impossible de poursuivre l'intervention, la malade poussant énormément et asphyxiant. On perçoit un gros utérus. Fermeture en deux plans au catgut chromé.

Suites opératoires : troublées par des complications pulmonaires et cardiaques cédant à la digitale et au Diénoï.

Deuxième opération : le 9 juin 1936. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie : incision pré-rectale. Dédoublement de la cloison recto-vaginale. Ouverture des fosses ischio-rectales. Ligature des vaginales. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Hystérectomie de gauche à droite. Fermeture du péritoine. Deux mèches. Fermeture partielle de la plaie périnéale.

Suites opératoires : Simples et peu fébriles ; complications pulmonaires très légères. Ablation des mèches le cinquième jour.

L'examen histologique de la pièce montre un épithélioma cylindrique typique.

Sort le 3 juillet 1936 en excellent état.

5° Cinq observations de morts post-opératoires chez des malades opérées de cancer du corps de l'utérus :

— trois moururent de shock ; une le soir même (observation XXXII) ; les deux autres moururent le quatrième jour (observation XXXIII) et le cinquième

jour (observation XXXIV); de shock et de fatigue; il s'agissait de femmes très peu résistantes;

— Une mourut le 21^e jour avec des signes de grande infection (observation XXXV);

— Une mourut le 29^e jour de fatigue et de cachexie. On avait déjà essayé de l'opérer par voie abdominale deux mois auparavant (observation XXXVI).

Obs. XXXII. — Mme Duf..., 56 ans. Entre à Lariboisière le 22 décembre 1919 pour des pertes purulentes très abondantes et fétides. Malade fatiguée et fébrile. Diagnostic de néo du corps infecté.

Opération le 2 janvier 1920. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie vagino-périnéale. Extirpation du vagin dans les 3/4 supérieurs pour fermer le col qui suppure abondamment (malade fébrile). En décollant la vessie, un écoulement très abondant de pus se produit. Ablation difficile de l'utérus qui est très gros. Ligature des pédicules utérins très en dehors des uretères, ceux-ci étant bien réclinés en avant.

Tamponnement après deux points sur le péritoine.

A l'ouverture de la pièce on constate que l'utérus était plein de pus (un demi-litre) et adhérent à la vessie; l'utérus a été ouvert en libérant la vessie.

Décédée le soir même de l'opération de shock.

Obs. XXXIII. — Mme Gre..., 64 ans. Entre à Lariboisière le 8 août 1926, passée d'un service de médecine où elle était hospitalisée depuis le mois d'avril. Présente des pertes purulentes fétides. Utérus un peu gros et douloureux.

Opération le 12 août 1926. Dr PICOT.

Hystérectomie périnéale pour néoplasme du corps très infecté. Décollement antérieur et postérieur très difficile. Rupture de l'utérus qui est tout petit et rempli de pus fétide. Ligatures faciles. Abandon des annexes. Péritonisation. Mèches.

Suites opératoires : Malade très fatiguée et fébrile.
Décédée le 16 août 1926.

OBS. XXXIV. — Mme Sch..., 67 ans. Entre à Lariboisière le 25 octobre 1923 pour des métrorragies et des douleurs pelviennes. Diagnostic clinique : cancer du corps.

Opération le 12 novembre 1923. Professeur CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Incision transversale pré-rectale. Décollement recto-vaginal. Incision circulaire du vagin qui est libéré de la vessie assez facilement, puis beaucoup plus difficilement du rectum. Ligature des artères utérines, ablation de l'utérus; les annexes sont laissées. Péritonisation. Tamponnement. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : Malade très fatiguée. Défaillance cardiaque. Température oscillant entre 38° et 39°.

Décédée le 17 novembre 1925.

OBS. XXXV. — Mme Iva..., 54 ans. Entre à Lariboisière le 2 août 1926 avec le diagnostic de néo du corps.

Opération : le 3 août 1926. Pr CUNÉO.

Hystérectomie péritonéale pour néo du corps. Décollement du rectum difficile. Ligature très facile des utérines. Le pédicule utéro-ovarien gauche se rompt et ne peut être repris. Péritonisation. Mickulicz et deux mèches.

Suites opératoires : température en plateau à 38° jusqu'au quatorzième jour, puis température en plateau à 40° jusqu'au vingtième jour.

Décédée le vingt-et-unième jour.

OBS. XXXVI. — Mme Lan..., 62 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 25 février 1936 pour des métrorragies durant depuis un an, devenues fétides et rosées depuis quinze jours; de la dysurie très marquée. Une hématoméose de cause inconnue il y a 8 ans.

A l'examen : femme très grasse. Prolapsus utérin du premier degré. Col induré, irrégulier. Utérus rétroversé. Fond non perçu.

Examen de laboratoire le 27 février 1936 : ni sucre, ni albumine. Urée 0,24. G.R. 3.740.000. G.Bl. 5.200. (36 poly, 51

mono et 10 lympho pour cent) T.S. 2'5. T.C. 13', passant, le 4 mars 1936, après administration de citrate de soude, à 3' et 16'.

Une biopsie du col pratiquée le 3 mars 1936 montre : fragments de col légèrement fibreux sans trace de néoplasme. D'où diagnostic de fibrome et indication d'hystérectomie abdominale.

Première opération le 5 novembre 1936. Dr PICOT.

Anesthésie générale à l'éther. Essai d'hystérectomie abdominale. La malade, très grasse, dormant mal, asphyxiant et poussant sans cesse, l'intervention est interrompue.

Suites opératoires : apparition d'une phlébite avec température à 38°, ne tombant que le 1^{er} mars 1936.

Deuxième opération le 28 avril 1936. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale facile, suivant la technique habituelle.

Suites opératoires : sans fièvre, mais la malade reste fatiguée malgré l'administration de strychnine et d'extraits hépatiques. L'urée sanguine atteint progressivement 2 gr. 10.

Décédée le 27 mai 1936.

L'examen histologique de la pièce montre un épithélioma glandulaire du corps utérin, d'aspect nettement envahissant.

6° Onze malades furent opérées avec le diagnostic de cancer du corps de l'utérus. L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait de métrite sénile (9 fois), ou d'endométriose (2 fois).

— Une malade fit une occlusion aiguë 30 jours après l'opération par adhérence à la suture péritonéale, mais qui guérit opératoirement (obs. XLIV).

— Une mourut le soir de l'opération de shock; il s'agissait d'une femme très fatiguée et fébrile atteinte de métrite fétide. La plaie rectale opératoire avait été facilement réparée sans allonger notablement la durée de l'opération (obs. XLV).

OBS. XXXVII. — Mme Mas..., 56 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 25 mars 1938, pour des métrorragies datant de quelques mois et une altération de l'état général.

Examen : corps utérin gros et dur, faisant porter le diagnostic de néo du corps.

Examen de laboratoire : urée 0,15. T.S. 4'. T.C. 13'. G.R. 4.660.000; G.Bl. 5.000 (poly 69 %, mono 21 %).

Opération le 8 avril 1938. Dr SÉNÈQUE.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo du corps par le procédé de CUNÉO. Conservation des annexes. Fermeture du péritoine. Reconstitution de la paroi postérieure du vagin. Mikulicz iodoformé.

Suites opératoires très simples et sans fièvre.

L'examen histologique de la pièce : endométriose de l'utérus. Le stroma a pénétré par des tubes glandulaires entourés de chorion cytogène.

Sort le 16 mai 1938 en excellent état.

OBS. XXXVIII. — Mme Phi..., 51 ans. Entre le 30 novembre 1938 à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies très abondantes. Toujours réglée irrégulièrement. Six enfants bien portants. Présente un petit goître depuis l'âge de 30 ans. T.A. 17-7. Pouls 96. Diagnostic clinique : néo du corps probable.

Examen de laboratoire : urée 0,40. P.S. 3'. T.C. 20'. G.R. 4.560.000, G.Bl. 10.000 (poly 78 %; mono 10 %).

Opération le 7 décembre 1938. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale avec conservation des annexes pour métrorragies d'origine indéterminée. Deux mèches iodoformées dans le décollement postérieur.

Examen de la pièce : ulcération fongueuse du fond utérin.

Examen histologique : hyperplasie muqueuse conjonctive avec léger endométriose.

Suites opératoires : fièvre à 39° jusqu'au quatorzième jour, en rapport avec de l'infection urinaire : les urines sont purulentes et l'examen d'urine, pratiqué le 19 décembre 1938, montre : examen direct : réaction leucocytaire très importante; très nombreux germes cocci Gram +; la culture ne révèle

que des colonies de staphylocoques. Après traitement par lavages de vessie et gonacrine, la fièvre tombe et l'examen des urines, le 16 janvier 1939, montre une réaction leucocytaire peu importante et des staphylocoques peu nombreux.

Sort le 24 janvier 1939 en excellent état.

OBS. XXXIX. — Mme Thi..., 50 ans. Entre à Lariboisière le 19 décembre 1921, pour des métrorragies. Utérus petit, dur, atrophie.

Opération : le 21 décembre 1921. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour utérus scléreux, atrophie, présentant des nodules fibromateux. L'utérus et le vagin sont entourés d'un tissu scléreux qui rend la dissection du vagin difficile.

Hystérectomie périnéale par le procédé habituel : reconstitution du vagin, mèches dans la plaie périnéale, sonde de Pezzer.

Suites opératoires : simples.

Sort le 15 janvier 1922.

OBS. XL. — Mme Wey..., 63 ans. Entre à Lariboisière le 20 septembre 1926 pour des métrorragies. Diagnostic clinique : néo du corps. Urée : 0,40.

Opération le 22 avril 1926. Dr PICOT.

Hystérectomie périnéale par le procédé habituel. A l'ouverture de la pièce on constate l'existence de plusieurs polypes.

Suites opératoires : très simples, la température ne dépasse pas 38°.

Sortie le 22 octobre 1926.

OBS. XLI. — Mme Dem..., 48 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 10 janvier 1932 pour des métrorragies et douleurs abdominales, diffuses.

A l'examen : utérus gros et dur. Urée : 0,32.

Opération : le 20 janvier 1932. Pr CUNéo.

Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale pour fibrome ou néo du corps. Difficile à cause d'adhérences annexielles importantes. Hémostase du pédicule utérin

gauche difficile et nécessitant une deuxième ligature. Péritonisation. Réfection de la paroi postérieure du vagin. Mèche rétro-vaginale.

Suites opératoires : apparition d'une phlébite au deuxième jour.

Examen histologique de la pièce : aspect de métrite hypertrophique. Quelques éléments glandulaires pénétrant assez profondément dans les plans sous-jacents et malgré quelques aspects de stratification cellulaire, ils ne présentent rien d'histologiquement malin.

Sortie le 12 avril 1932, en excellent état.

Revue en 1934, 1936 et 1937 en parfait état.

OBS. XLII. — Mme Mu..., 65 ans. Entre en clinique au début de mars 1933, envoyée de Toulon par son médecin qui avait fait le diagnostic de cancer du corps.

Opération le 9 mars 1933. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale selon la technique habituelle, avec ablation des annexes. Péritonisation. Mèche.

Suites opératoires très simples.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait de métrite sénile.

Sort le 2 avril 1933 en bon état.

Revue en 1937 et 1939 en excellent état.

OBS. XLIII. — Mme Dar..., 44 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 1^{er} juin 1936 pour des métrorragies abondantes d'autant de 18 mois, parfois syncopales et survenant surtout après la fatigue. Les règles ont toujours été très abondantes. Deux fausses-couches. Urée : 0,22.

A l'examen, le col est irrégulier mais non ulcéré. Le corps est notablement augmenté de volume. On fait le diagnostic de néo du corps.

Opération le 12 juin 1936. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale avec ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Reconstitution du vagin. Tamponnement des décollements recto-vaginaux à la gaze iodoformée.

L'examen histologique de la pièce : hyperplasie glandulaire adénomateuse. Pas de caractère de malignité.

Suites opératoires très simples et sans fièvre. Ablation des mèches le septième jour.

Sort le 12 juillet 1936 en excellent état.

Revue le 4 juillet 1937 : va bien.

OBS. XLIV. — Mme The..., 53 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 10 novembre 1938 pour des pertes sanglantes fétides, parfois très abondantes, datant de 2 ans. Toujours mal réglée. Coliques utérines datant de plusieurs années. Amaigrissement et fatigue depuis six mois.

Examen : corps gros et douloureux, col suspect.

Examen de laboratoire : Urée, 0,25; T.S., 2'; T.C., 15'; G. R., 4.560.000; G. Bl., 8.000.

Première opération le 15 février 1938. Dr SÉNÈQUE-GILLET.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour polypes intra-utérins et col douteux. Suture du vagin, crins sur la peau, mèches iodoformées.

Suites opératoires : bonnes jusqu'au 10 mars 1938, où apparaissent des signes d'occlusion nécessitant une

Deuxième opération le 10 mars 1938. Dr SICARD.

Rachi. Intervention d'urgence pour occlusion post-opératoire. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon adhère à la cicatrice vaginale mais il n'est pas agent d'étranglement. Trois anses grêles, dont l'iléon ainsi que l'appendice sont fixés à la partie droite de la cicatrice vaginale. Libération qui déperitonise légèrement deux d'entre elles. Surjet au fil de lin sur la séreuse. Mèches et drains dans la cavité pelvienne. Parois aux crins.

Suites opératoires : excellentes.

Sort le 28 mars 1938.

Revue en octobre 1938. Va très bien.

OBS. XLV. — Mme Boi..., 67 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre 1938 pour des pertes purulentes et fétides datant de plusieurs mois.

Examen : malade subfébrile et fatiguée. Col ulcéré par les pertes; corps gros, dur et douloureux.

Examens de laboratoire : urée, 0,15; T.S., 3'30; G.R., 4 millions 280.000; G. Bl., 7.000 (poly : 80 %; mono : 15 %).

Opération le 23 mars 1938. Pr CUNÉO.

Métrite fétide avec pyomètre. Suspicion de néo du corps. Hystérectomie périnéale facile. Cependant le rectum est blessé au cours du décollement recto-vaginal. Péritonisation complète. Mèches iodoformées après reconstitution du vagin. Sonde vésicale. Au niveau du rectum : décollement de la moitié antérieure de la muqueuse rectale jusqu'au dessus de la plaie. Résection de cette muqueuse dont le bord supérieur est abaissé et suturé à l'anus.

Décédée le jour même de shock.

OBS. XLVI. — Mme Des..., 52 ans. Est admise à l'Hôtel-Dieu le 22 décembre 1932, pour des métrorragies, fétides par intermittences, datant de quelques mois. Diagnostic clinique : néo du corps ou polype utérin infecté. Bon état général. T. A. : 11-17.

Examen de laboratoire : urée : 0,40; T.S. : 3'; T.C. : 25'.

Opération le 22 décembre 1938. Dr SÉNÈQUE.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel pour polype (?) du col et fibrome. Conservation des annexes gauches. Ablation des annexes droites. Péritonisation. Mèche.

Suites opératoires : excellentes, quoique la température ait oscillé entre 38° et 39° jusqu'au dixième jour.

Examen histologique de la pièce : métrite cervicale chronique avec très nombreux kystes muqueux.

Sort le 15 janvier 1939 en excellent état.

Revue en février 1939 en excellent état.

OBS. XLVII. — Mme Det..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 27 mai 1927 avec le diagnostic de cancer du corps de l'utérus.

Opération le 10 juin 1927. Prof. CUNÉO.

Rachianesthésie. Diagnostic clinique : cancer du corps de l'utérus ou fibrome avec métrite. Hystérectomie périnéale avec ablation des annexes. On n'enlève qu'une pe-

tite colerette vaginale. Reconstitution du vagin et de la plaie périnéale.

Examen de la pièce : malgré quelques cellules suspectes on conclut à une métrite subaiguë.

Suites opératoires : simples et sans fièvre.

Sort le 11 juillet 1927.

II. — Hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus

34 observations (de XLVIII à LXXXI) de guérisons opératoires sans incidents ni complications.

OBS. XLVIII. — Mme Coq..., 35 ans. Entre à Lariboisière le 2 novembre 1919 pour des métrorragies abondantes, entrecoupées de pertes sanieuses.

Examen : col bosselé et ulcéré.

Opération le 14 novembre 1919. Pr. CUNÉO.

Hystérectomie périnéale par procédé habituel. Le décollement de la vessie est très difficile, du fait d'adhérences importantes. Grosse hémorragie veineuse en nappe, nécessitant un tamponnement à l'ektogan serré.

Suites opératoires : rien à signaler. Ablation des mèches le dixième jour.

Sort le 4 janvier 1920.

OBS. IL. — Mme Seg..., 53 ans. Entre à Lariboisière le 16 février 1920 pour des métrorragies et des pertes de pus datant depuis septembre 1919. Depuis février 1920 elle présente des douleurs dans le bas-ventre irradiant à la cuisse gauche et apparues à la suite d'un épisode grippal.

A l'examen : utérus mou, fixé, laissant sourdre au moindre contact du sang ou du lichor cancéreux.

Opération : le 27 février 1920. Prof. CUNÉO.

Décollement recto-vaginal difficile en raison des adhérences inflammatoires. Latéralement le décollement est facile. En avant, adhérence du vagin à la vessie. Néanmoins l'utérus s'abaisse facilement. Section des pédicu-

les supérieurs en abandonnant les annexes. Tamponnement de la cavité par un Mickulicz et des mèches à l'Ekto-gan.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 30 mars 1920.

OBS. L. — Mme Hub..., 70 ans. Entrée à Lariboisière le 13 septembre 1920.

Opération le 24 septembre 1920. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo-utérin. Incision périnéale transversale. Décollement recto-vaginal. Décollement antérieur vagino-utéro-vésical. Fermeture en bourse du vagin. Libération latérale et ligature à gauche de la vaginale et de l'utérine. A droite, de la vaginale seulement. En essayant d'aller lier l'utérine, on tombe en plein bloc néoplasique friable. On fait une sorte de procédé américain : ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur; ligature de la trompe gauche (les annexes sont laissées), puis de la droite. Dissection de l'uretère droit en plein tissu néoplasique. Ablation de l'utérus, puis révision de la plaie du côté droit. Il reste du tissu néoplasique infiltrant la base du ligament large, trop loin pour être enlevé. Suture péritonéale. Mèche périnéale.

Sort le 22 octobre 1920.

OBS. LI. — Mme Man..., 47 ans. Entre à Lariboisière le 14 octobre 1920. Diagnostic de néo-utérin.

Opération le 22 octobre 1920. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo-utérin. Incision périnéale transversale. Décollement recto-vaginal. Suture en bourse du vagin. Ligature des vaginales. Ligature des utérines. (Difficile à gauche). Au moment d'ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, on s'aperçoit que toute la vessie a été décollée et que la valve est sous-péritonéale. On se reporte plus en arrière et on ouvre le cul-de-sac vésico-utérin. Extirpation de l'utérus en laissant les annexes gauches. Ligature des pédicules utéro-

ovariens. Fermeture du péritoine. Suture partielle du vagin. Mèche périnéale. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : normales.

Sort le 15 novembre 1920.

OBS. LII. — Mme Fog..., 58 ans. Entrée le 14 avril 1921 pour des métrorragies peu abondantes, des douleurs lombaires et abdominales avec irradiations à la cuisse gauche, tous troubles datant de deux mois. Constipation récente et très marquée. Léger amaigrissement. Ménopause à l'âge de 50 ans.

Examen: col gros, dur, irrégulier, avec noyaux durs. Saignant au toucher. Quelques noyaux durs sur le cul-de-sac vaginal gauche.

Opération le 25 avril 1921. Prof. CUNÉO.

Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin. Technique habituelle. La cloison vésico-vaginale est prise et le décollement antérieur ainsi que la dissection des uretères sont très difficiles.

Suites opératoires : bonnes, malgré l'apparition de fièvre à 40° du huitième au douzième jour.

Sort le 29 mai 1921.

Revue le 23 novembre 1921 : revient pour troubles vésicaux avec dysurie importante. Induration cartonnée de la cicatrice vaginale qui est complètement immobilisée et se continue au niveau de la cloison vésico-vaginale par une infiltration secondaire. On trouve également en arrière, du côté du rectum, une adhérence avec des noyaux très durs : récidive sur la cloison vésico-vaginale et sur la cicatrice.

OBS. LIII. — Mme Ber..., 54 ans. Entre à Lariboisière le 21 avril 1921 pour des pertes utérines roussâtres, nauséabondes et très irritantes.

A l'examen : néo du col très évolué avec prise du cul-de-sac vaginal antérieur.

Opération : le 14 mai 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie complétée par de l'éther.

Décollement postérieur facile, mais en avant le cancer a infiltré la vessie et on est obligé de passer entre

muqueuse et musculuse vésicales, le doigt étant introduit dans la vessie. Le cul-de-sac antérieur ouvert, on constate une énorme extension néoplasique vers le petit bassin. On fait une hystérectomie américaine de gauche à droite, la bascule de l'utérus est difficile car l'utérus fibromateux est gros et dur. Les deux pédicules supérieurs sont liés; en basculant l'utérus on le déchire à l'union du col et du paramètre droit. Dissection de l'uretère droit qui est englobé dans le néoplasme. Ligature de l'utérine droite très haut, dans le bassin. Extirpation d'un fragment néoplasique, gros comme une noix. En péritonisant on protège le fond de la vessie en suturant la paroi antérieure du vagin à la lèvre péritonéale antérieure. Réfection du vagin : 4 mèches à l'Ektogan.

Suites opératoires : fébriles jusqu'au vingtième jour.

Sort le 13 juin 1921.

OBS. LIV. — Mme Bar..., 49 ans. Entre à Lariboisière le 14 mars 1921 pour des métrorragies peu abondantes mais presque continues datant de 2 mois. A l'examen, constatation d'un utérus gros, irrégulier et d'une ulcération suspecte du col.

Opération : le 14 mars 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie complétée par de l'éther. Hystérectomie périnéale selon la technique habituelle. Temps successifs normaux jusqu'à la libération des utérines. Abaissement de l'utérus très difficile en raison de l'existence d'un fibrome volumineux. Dans l'abaissement, la corne droite est arrachée mais facilement reprise.

Examen de la pièce : épithélioma cylindrique typique.

Suites opératoires : satisfaisantes et peu fébriles.

Sort le 9 avril 1921.

OBS. LV. — Mme Fli..., 63 ans. Entre à Lariboisière le 1^{er} juin 1921 avec le diagnostic de cancer utérin.

Opération : le 10 juin 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel. Tous les temps s'exécutent normalement sans incident, sauf le décollement vésico-vaginal qui né-

cessite l'introduction d'un doigt dans la vessie, tellement la cloison est envahie et la dissection difficile.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 15 juillet 1921.

OBS. LVI. — Mme Ven..., 61 ans. Entre le 27 septembre 1921 pour des pertes sanglantes et purulentes durant depuis 3 mois. Pas de douleurs.

A l'examen : noyaux bourgeonnants occupant le fond du vagin et venant du col de l'utérus.

Opération le 19 octobre 1921. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme utérin absolument inopérable par la voie haute. On commence par le décollement postérieur que l'on ne peut prolonger jusqu'en haut en raison de l'envahissement du rectum. Section du vagin 1 cm. au-dessus du méat. Ligature des vaginales. La gauche en deux pédicules. On parfait le décollement antérieur avec ouverture du cul-de-sac. L'uretère gauche est facilement isolé. Il existe un gros envahissement du côté droit. Ligature des deux utérines puis des quatre pédicules supérieurs. On fait alors basculer l'utérus et d'arrière en avant et de haut en bas, on l'isole du rectum. On isole l'uretère droit définitivement. Fermeture du péritoine. Tamponnement avec trois mèches à l'ektogan.

A l'examen de la pièce : néoplasme ayant les dimensions d'une mandarine, développé sur la lèvre postérieure, ayant envahi la moitié supérieure du vagin.

Suites opératoires : bonnes, quoique la température soit montée à 39° du huitième au quatorzième jour.

Sort le 26 novembre 1921.

OBS. LVII. — Mme Lia..., 37 ans. Entre à Lariboisière le 21 novembre 1921, pour des pertes jaunâtres, fétides, abondantes, datant de 4 mois. Pertes sanglantes au moindre contact. Pas de douleurs. Bon état général.

Opération le 30 novembre 1921. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme très infecté, adhérent à droite et paraissant inopé-

rable par voie haute. Le décollement postérieur se fait facilement. En avant, on est très gêné sur le côté droit. Dissection et isolement du vagin. Ligature des deux vaginales et de l'utérine gauche. A droite : il y a trop d'envahissement pour attaquer d'emblée le pédicule. Ligature et section des deux ligaments supérieurs gauches. Bascule de l'utérus. Ligature et section des deux ligaments supérieurs droits. On attaque enfin, à la fois en avant et en arrière, le pédicule utérin droit. On le dissèque de très près et on enlève le paramètre. On a l'impression de faire une exérèse pas assez large.

Suites opératoires : fébriles, jusqu'au quinzième jour.

Sort le 27 décembre 1921.

OBS. LVIII. — Mme Vet..., 35 ans. Entre à Lariboisière le 20 mars 1922 pour des douleurs pelviennes de plus en plus violentes, des pertes séro-purulentes intermittentes, datant de 5 mois et d'altération de l'état général. Au toucher, on sent une ulcération cervicale dure, siégeant sur le versant postérieur du col.

Opération : le 29 mars 1922. Prof. CUNéo.

Incision pré-rectale, clivage recto-vaginal poussé très haut. En avant, clivage vésico-vaginal dégageant bien les uretères sur les côtés. On fend le vagin sur la paroi postérieure et on découpe les deux lames latérales. Ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. Abaissement de l'utérus. Ligature des pédicules. Ablation des annexes à droite, mais abandon des annexes gauches qui sont très adhérentes. Hémostase des tranches vaginales qui saignent beaucoup. Bourrage de la cavité vaginale avec des mèches à l'pektogan.

Suites opératoires : fébriles les huit premiers jours, puis très satisfaisantes.

Sort le 1^{er} juin 1922.

Revue en mai 1923 : excellent état local et général.

OBS. LIX. — Mme Hir..., 46 ans. Entre à Lariboisière le 19 août 1922, pour des métrorragies roussâtres, fétides, et peu abondantes durant depuis deux mois. Amaigrissement, pas de douleur, ménopause à l'âge de 39 ans.

Examen : la paroi postérieure du vagin est indurée, cartonnée, en plaques plus ou moins diffuses, un peu bourgeonnante et saignant au toucher. Pas d'adénopathie inguinale. Diagnostic de néoplasme du vagin consécutif à de la leucoplasie vaginale.

Syphilis avérée depuis l'âge de 36 ans, insuffisamment traitée ; diabétique avec gingivite expulsive ; sénilité précoce. Urée : 0,56.

Opération le 29 août 1922. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme très infecté du vagin. Ablation de l'utérus et du vagin en un seul bloc. Technique habituelle de la périnéale, mais en enlevant la totalité du vagin.

Suites opératoires : satisfaisantes, mais fébriles du troisième au huitième jour.

Sort le 11 octobre 1922.

Revue en janvier 1923 : douleurs pelviennes. Existence d'un bourgeon périnéal induré semblant être une récidue.

Obs. LX. — Mme Dum..., 36 ans. Entre à Lariboisière le 29 janvier 1923, pour des pertes sanglantes et sanieuses, d'apparition récente. Pertes blanches et douleurs pelviennes depuis quelques années.

Examen : cancer bourgeonnant du col.

Opération le 9 novembre 1923. Pr CUNéo.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel. Fermeture du péritoine. Mèche iodoformée. Suites opératoires simples.

Sort le 27 mars 1923.

Revue en mai 1923 : excellent état local et général.

Obs. LXI. — Mme Aug..., 53 ans. Entrée à Lariboisière le 9 mars 1923 pour des métrorragies d'apparition assez récente, mais très abondantes. Ménopause à l'âge de 50 ans. A l'examen : col bourgeonnant et ulcéré, extension à la partie antérieure du vagin. Corps peu mobile.

Opération : le 13 mars 1923. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme du col. Léger envahissement de la paroi antérieure.

re du vagin et de la cloison vésico-vaginale. Les paramètres sont un peu infiltrés. Le paramètre gauche est enlevé sur une étendue de plusieurs centimètres. Fermeture du péritoine qu'on ramène en recouvrant la face inférieure de la vessie. Réfection partielle du vagin. Une mèche vaginale, deux mèches latérales périnéales. L'examen de la pièce montre l'existence d'une grosse tumeur cervicale bourgeonnante.

Suites opératoires : satisfaisantes et peu fébriles.

Sort le 15 avril 1923.

OBS. LXII. — Mme Duf..., 42 ans. Entre à Lariboisière le 31 mai 1923, avec le diagnostic de cancer du col très avancé.

Opération : le 6 juin 1923. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo du col très adhérent à la vessie. Décollement recto-vaginal facile. Décollement antérieur très difficile nécessitant l'introduction d'un doigt dans la vessie. Infiltration des paramètres rendant la ligature des utérines difficile. Ablation des annexes. Fermeture du péritoine. Suture de la paroi postérieure du vagin. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires simples et sans fièvre.

Sort le 8 juillet 1923.

OBS. LXIII. — Mme Bau..., 41 ans. Entre le 28 octobre 1923 avec le diagnostic de néo du col. Normalement réglée elle présente pour la première fois des pertes blanches très abondantes datant de 8 mois et qui constituent le seul signe observé. Une application de radium faite en juin 1923 a diminué ces pertes et arrêté les règles.

Examen : tumeur du col non bourgeonnante, de forme ulcéreuse siégeant surtout sur le segment postéro gauche du col. Envahissement du vagin en arrière et sur les côtés où on sent deux brides très dures. Utérus très peu mobile. Constante d'Ambard : 0,097.

Opération : le 26 octobre 1923. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie, incision pré-rectale transversale, décollement recto-vaginal facile. Incision circulaire du vagin et décollement vésico-vaginal. Le néo est très adhé-

rent mais on parvient néanmoins à franchir la zone infiltrée et à dégager la vessie sans incident. Ligature des pédicules vaginaux et utérins avec libération assez aisée des uretères. On laisse les annexes. Péritonisation, mèches, sonde de Pezzer.

Suites opératoires simples et sans fièvre.

Sort le 22 décembre 1923.

OBS. LXIV. — Mme Jo..., 31 ans. Entre à Lariboisière le 2 octobre 1924 pour : 1° des douleurs pelviennes datant de 1 an; 2° des métrorragies roussâtres, fétides, ayant débuté il y a six mois et actuellement permanentes et abondantes. Présente en outre un syndrome d'ulcère gastrique typique, évoluant par crises et confirmé par une hématomérose et les clichés radiographiques.

Examen : col douloureux, volumineux, bosselé, dont on ne peut faire le tour, le doigt étant arrêté à gauche par une masse douloureuse, assez volumineuse, se continuant avec le paramètre. Utérus fixé.

A la cystoscopie, bien que l'orifice urétéral gauche soit un peu soulevé, il n'y a aucun signe cystoscopique d'envahissement néoplasique.

Opération : le 9 octobre 1924. Dr Picot.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme très avancé. Hystérectomie très difficile en raison de l'envahissement des deux paramètres. On commence par isoler l'uretère gauche. On doit abandonner cette dissection pour se reporter à droite. On arrive à isoler l'uretère gauche par décollement antérieur et postérieur après bascule de l'utérus. Péritonisation.

Sur la pièce, le paramètre est enlevé sur au moins 3 cm. d'épaisseur (ganglions).

Suites opératoires : sans fièvre et très simples.

Sort le 6 novembre 1924.

Revue le 26 juin 1929, parfaitement guérie.

OBS. LXV. — Mme Gas..., 47 ans. Entre à Lariboisière le 20 octobre 1924 pour des métrorragies et des pertes sanieuses

datant de quelques mois. A subi un traitement par le radium.

A l'examen on sent une tumeur cervicale très étendue et surtout fixée.

Opération : le 20 novembre 1924. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie très difficile en raison des adhérences résultant peut-être d'un traitement préalable par le radium. L'utérus est soudé à la vessie. Il n'y a plus de cul-de-sac de Douglas. Le paramètre droit est d'apparence fongueuse. On clive la vessie sur le doigt introduit par l'urètre. Extirpation de l'utérus. Péritonisation. Mickulicz.

Suites opératoires : malade fatiguée et fébrile jusqu'à l'ablation des mèches le sixième jour.

Sort le 8 janvier 1925.

OBS. LXVI. — Mme Rob..., 51 ans. Entre à Lariboisière le 26 janvier 1924 pour un néoplasme du col très avancé et soigné antérieurement par le radium.

Opération : le 26 janvier 1924. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie très difficile en raison d'adhérences importantes. Il n'y a plus de cul-de-sac de Douglas ni de cul-de-sac vésico-utérin. On est obligé pour cliver la vessie, de dilater l'urètre et de disséquer la vessie sur l'index introduit dans la vessie. Ablation large des deux paramètres. Fermeture du péritoine. Mickulicz périnéal.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 21 février 1925.

OBS. LXVII. — Mme Le L..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 23 mars 1925 pour des métrorragies peu abondantes datant de 4 mois. Col gros et ulcéré, utérus mobile.

Opération : le 26 mars 1925. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale pour cancer du col selon la technique habituelle. Fermeture du péritoine. Les deux paramètres, bien que ne paraissant pas très envahis ont été très largement enlevés.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 23 avril 1925.

OBS. LXVIII. — Mme Lai..., 60 ans. Entre à Lariboisière le 13 avril 1925, pour des métrorragies d'apparition récente faisant porter le diagnostic de cancer utérin.

Opération le 15 avril 1925. Dr PICOT.

Rachianesthésie. Gros néoplasme du col sur fibrome utérin volumineux. Hystérectomie très difficile en raison de l'envahissement considérable des deux paramètres et de l'adhérence à la vessie. Nécessité de dilater l'uretère pour libérer la tumeur sur le doigt. Dissection de l'uretère gauche sur 3 cm. On fait un américain de gauche à droite avec morcèlement de l'utérus en raison de son volume.

Suites opératoires : très fébriles du dixième au trentième jour. Subocclusion du 20 au 25, traitée médicalement par l'atropine.

Sort le 8 juin 1925, en bon état.

Réhospitalisée du 24 septembre au 12 octobre 1926 pour des vomissements continuels, avec bon état général. La radiographie du tube digestif ne montre aucune tumeur gastrique ou intestinale. Le toucher rectal montre un rectum souple, mais une masse dure au niveau du paramètre droit, qui est certainement le siège d'une récurrence. Constante d'Ambard : 0,398. Il s'agit d'urémie par compression d'un uretère.

OBS. LXIX. — Mme Ber..., 35 ans. Entre à Lariboisière en mai 1925. Diagnostic : néo du col, confirmé par biopsie.

Opération : le 11 mai 1925. Pr CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel.

Suites opératoires : excellentes et apyrétiques.

Sort le 10 juin 1925.

OBS. LXX. — Mme Jav..., 46 ans. Entre à Lariboisière le 18 septembre 1925, pour des métrorragies mêlées de pertes roussâtres et fétides.

A l'examen : femme extrêmement obèse; col très gros et ulcéré et peu mobile.

Opération : le 21 septembre 1925. Dr PICOT.

Hystérectomie pour néo du col, chez une malade très obèse, avec abdomen monstrueux. Hystérectomie périnéale en enlevant au maximum les paramètres. Le décollement de la vessie est difficile en raison de l'infiltration néoplasique. On laisse en place les annexes gauches qu'on ne peut enlever en raison de la profondeur de la plaie périnéale.

Suites opératoires : assez simples et peu fébriles.

Sort le 23 octobre 1925.

Décédée à la fin de 1929.

OBS. LXXI. — Mme Doc... Entre à Lariboisière le 20 octobre 1927 avec diagnostic de néo du col.

Urée : 0,50, puis le 9 novembre 0,39.

Opération : le 9 décembre 1927. Professeur CUNÉO.

Hystérectomie périnéale pour cancer du col adhérent à la vessie avec prise du cul-de-sac vaginal droit. Décollement postérieur facile. Décollement antérieur difficile, nécessitant l'introduction du doigt dans la vessie après dilatation de l'urètre aux bougies de Hégar. Ligature des vaginales, des utérines. Ablation des annexes des deux côtés. Péritonisation. Tamponnement avec deux mèches. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : très fébriles (39°) jusqu'au quinzième jour. Ablation des mèches le cinquième jour.

Sort le 17 décembre 1927 en assez bon état.

OBS. LXXII. — M^{me} Cas..., 43 ans. Entre à Lariboisière le 7 janvier 1929, pour des métrorragies et des douleurs pelviennes.

A l'examen : l'utérus est gros, le col irrégulier, ulcéré.

Opération le 11 janvier 1929. Professeur CUNÉO.

Hystérectomie périnéale pour épithélioma du col. Abaissement difficile en raison du volume du corps utérin qui est fibromateux. Fermeture du péritoine. Mickulicz avec deux mèches.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 11 février 1929.

OBS. LXXIII. — Mme de Bai..., 34 ans. Entre à Lariboisière le 30 mai 1929, pour des pertes séro-purulentes et fétides datant de 3 mois. Au toucher, néo végétant du col.

Opération : le 12 juin 1929. Professeur CUNÉO.

Hystérectomie périnéale pour cancer du col utérin selon la technique habituelle. Le clivage de la vessie est difficile en raison de l'infiltration néoplasique; on est obligé de passer en pleine musculature vésicale. Ablation des annexes. Péritonisation par des points séparés à la soie fine. Mickulicz avec deux mèches.

Examen histologique de la pièce : épithélioma malpighien baso-cellulaire dont le stroma est très infiltré d'éléments inflammatoires.

Sort de l'hôpital le 17 juillet 1929.

OBS. LXXIV. — Mme Vec..., 45 ans. Entre à la clinique en mai 1931 pour des métrorragies datant de quelques mois. Col bourgeonnant et ulcéré.

La biopsie confirme le diagnostic clinique de cancer du col.

Opération : le 30 mai 1931. Professeur CUNÉO.

Rachianesthésie. Hystérectomie périnéale avec large ablation du vagin et des paramètres. Mikulicz.

Suites opératoires simples et sans fièvre.

Sort le 30 juin 1931 en bon état.

N'a pas été revue.

OBS. LXXV. — Mme Cac..., 51 ans, entrée le 2 avril à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies subintrantes alternant depuis 6 mois, avec des pertes rosées et parfois fétides, présente un état d'anémie extrême et de grande fatigue. Température oscillant entre 38° et 39°5.

A l'examen : on sent une tumeur utérine ayant tendance à s'accoucher par le col.

Opération : le 11 avril 1932. Professeur CUNÉO.

Anesthésie à l'éther. Hystérectomie périnéale pour

cancer du corps de l'utérus, forme hypertrophique formant polype sortant par le col. Technique habituelle : Mickulicz 4 mèches.

Examen histologique de la pièce : épithélioma du col. Envahissement complet des fragments par un épithélioma malpighien baso-cellulaire. Stroma : peu importante infiltration des cellules inflammatoires du type lymphoplasmocytaire.

Suites opératoires : très simples et sans fièvre. Ablation des mèches le onzième jour.

Sort le 17 avril 1932.

Revue le 21 juin 1932. Récidive vaginale dont la biopsie montre un épithélioma malpighien baso-cellulaire. Stroma grêle et moyennement infiltré de cellules inflammatoires du type lympho-plasmocytaire. Nombreuses mitoses.

Hospitalisée du 30 octobre au 28 décembre 1932 pour deux poses de radium.

Décédée en juin 1933.

Obs. LXXVI. — Mme Cor..., 35 ans. Entre le 2 novembre 1937 à l'Hôtel-Dieu pour des métrorragies intermittentes et spontanées et des douleurs pelviennes datant de 4 mois.

Examen : col dur augmenté de volume sans ulcération. Corps gros comme le poing. Urée : 0,18; T.A. : 14-10.

Biopsie (22 octobre 1934) : Aspect de polype remanié par un processus inflammatoire à éléments poly. et mononucléés. En un ou deux points très limités présence de quelques monstruosités cellulaires imposant de légères réserves. Malade à surveiller.

Opération le 4 novembre 1934. Dr S. BLONDIN.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale selon la technique du Pr CUNÉO pour ulcération endo-cervicale d'aspect néoplasique qu'une biopsie fait juger suspecte. Malade très grosse. L'opération bien que difficile est satisfaisante. Hémostase simple. Péritonisation après abandon des annexes. Trois mèches. Sonde de Pezzer.

Suites opératoires : très simples et sans fièvre. Ablation des mèches le sixième et neuvième jour.

Examen histologique de la pièce opératoire : Epithélioma

d'origine vraisemblablement malpigiennne, remanié par un processus inflammatoire très important à éléments poly. et mononucléés et pénétrant largement les plans sous-jacents.

Sort le 17 décembre 1934 en bon état.

Revue en juillet 1937 : va bien.

Revue en mars 1939 : va bien.

OBS. LXXVII. — Mme Gau..., 51 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Louis, le 23 avril 1935 pour des métrorragies spontanées, de sang rouge, non fétide, datant de deux mois.

Antécédents : soignée pour salpingite à 20 ans. Ovariectomie gauche et appendicectomie à 40 ans. Ménopause à l'âge de 43 ans.

Examen clinique : malade très grasse. Col gros, dur, entr'ouvert, avec une collerette rouge, saignante, avec de petites vésicules à la périphérie.

Examen de laboratoire : ni sucre ni albumine. Urée : 0,24; G.R. : 3.840.000; G. Bl. : 8.200 (poly. 56 %, mono. 37 %). T.S. 4'30"; T.C. 13', le 24 avril 1935, et de 3' et 13' le 6 mai 1935.

La biopsie, pratiquée le 29 avril 1935 montre un épithélioma baso-cellulaire.

La malade, assez fatiguée, reçoit avant l'opération des extraits hépato-spléniques et une série de vaccins de Weil et Dufour.

Opération le 7 mai 1935. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néoplasme baso-cellulaire du col chez une femme très grasse. à périnée très étroite. Grosses difficultés du fait de l'embonpoint de la malade et d'une ligamentopexie antérieure constatée à l'opération. On aborde d'abord le côté gauche après ouverture des culs-de-sac antérieur et postérieur, puis section du ligament gauche au niveau de la corne utérine. On libère ensuite le côté droit de haut en bas en commençant par le ligament utéro-ovarien. On enlève ensuite les annexes droites. On ramène le péritoine vésical au contact de la collerette vaginale pour protéger la vessie. Mickulicz.

Suites opératoires bonnes, bien que la température reste à 38° pendant 15 jours. Ablation des mèches le cinquième jour.

Sort le 31 mai 1935 en bon état.

Revue le 11 octobre 1935 : bon état général et local, mais légère incontinence à la marche et signes de cystite sans doute causés par la sonde à demeure.

Revue le 22 novembre 1935 : très améliorée par le traitement au santal, plus d'incontinence.

OBS. LXXVIII. — Mme Dup..., 46 ans. Entrée à l'Hôpital Saint-Louis en mai 1937. Elle présente un néo. bourgeonnant du col utérin avec propagation au vagin. Le corps utérin est gros et dur.

Opération le 22 mai 1937. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie par voie périnéale pour néo. du col. Il existe un petit noyau dur sur la colonne postérieure du vagin. Tumeur très adhérente à la vessie que l'on ne peut cliver qu'après avoir introduit le doigt dans la vessie après dilatation de l'urètre. Le volume de l'utérus rend son abaissement impossible et l'on est obligé de le morceler. A ce moment, des débris néoplasiques font issue des muqueuses. Après ablation de l'utérus on trouve deux tumeurs ovariennes : la droite, solide, est grosse comme deux poings, la gauche, grosse un poing, n'est ni solide ni kystique. Ablation de ces deux tumeurs.

Fermeture du péritoine que l'on solidarise à la lèvre antérieure du vagin. Sonde à demeure.

Examen histologique de la pièce : Epithélioma cylindrique de l'isthme, du vagin et des deux ovaires.

Suites opératoires simples.

Sort de l'hôpital le 26 juin 1937.

Revue en novembre 1937 : grosse récurrence vaginale.

Décédée en décembre 1937.

OBS. LXXIX. — Mme Rou..., 36 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1938 pour des métrorragies douloureuses durant 3 ou 4 jours, alternant avec des ménorragies durant 8 à 10 jours. Pertes blanches abondantes.

A l'examen : col ulcéré, corps gros et douloureux, cul-de-sac un peu douloureux.

Examen de laboratoire : urée, 0,33; T.S.: 4'; T.C.: 15'. G. R.: 4.720.000 ; G. Bl.: 18.000.

Opération le 4 février 1938. Pr CUNÉO et GILLET.

Rachi-aneshésie complétée par de l'éther. Hystérectomie périnéale pour néo. du col au début. Décollements antérieur et postérieur. Ligature des pédicules utérins, puis des pédicules supérieurs. Fermeture du péritoine. Reconstitution du vagin. Mickulicz iodoformé, dans le décollement recto-vaginal.

Suites opératoires simples : température à 38°5 jusqu'à l'ablation des mèches au cinquième jour.

Examen histologique de la pièce : métrite chronique avec légère leucoplasie. Sur la lèvre interne, on observe en un endroit une prolifération épithéliale partant de la surface et envahissant les glandes, assez suspecte, qui constitue très probablement le début d'une dégénérescence néoplasique.

Sort le 10 mars 1938, en bon état.

Revue le 16 septembre 1938 : cicatrice souple, excellent état local et général.

OBS. LXXX. — Mme Fa..., 56 ans. Entre à l'Hôpital St-Louis le 17 mai 1938. Elle est passée d'un autre hôpital, on n'a pas voulu l'opérer tant son état général est mauvais. Très grasse et emphysémateuse, elle tousse beaucoup et est en état continu d'asphyxie. Son état contre-indique formellement toute anesthésie par inhalation et rend aléatoire une hystérectomie par voie abdominale.

Antécédents : Curettage pour fausse-couche en 1920. Ovariectomie en 1922 pour métrorragies ? Toujours mal réglée, la malade présente des métrorragies très abondantes depuis un mois.

À l'examen, la paroi abdominale est flasque et relâchée par la toux. Rein droit ptosé. Col bosselé, irrégulier, saignant au toucher, corps de volume normal.

Lésion cardiaque ancienne actuellement bien compensée. T.A.: 5-13.

Examen de laboratoire : Urée: 0,22; urines normales ne con-

tenant ni sucre ni albumine. T.S.: 2'30"; T.C.: 14'30"; G.R.: 4.100.000; G. Bl.: 9.800 (poly.: 66 %, mono.: 27 %).

Résultat de la biopsie : épithélioma spino-cellulaire atypique (non kératinisant). La tumeur envahit profondément le chorion. Nombreuses atypies. Mitoses rares. Stroma : réaction intense.

Opération : le 21 mai 1938. Dr PICOT et GILLET.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par la technique habituelle avec résection presque complète du vagin et section des releveurs. Le côté droit tenant beaucoup, notamment à l'uretère, qui est très dilaté, on fait une hystérectomie de gauche à droite avec section dernière de l'utérine droite. Réunion des lèvres péritonéales antérieure et postérieure, les chefs étant solidarisés à la lèvre antérieure du vagin. Mèches, deux crins latéraux.

Examen de la pièce : Gros néoplasme du col, perforant presque complètement toute la partie droite du col avec grosse propagation au paramètre droit.

Suites opératoires : Les deux premiers jours : fatigue, dyspnée, pâleur très marquée, mais pouls bien frappé (traitement : lobeline, révulsions évatmine). La fièvre oscille entre 38° et 39° jusqu'au vingtième jour, la malade présente quelques signes de défaillance cardiaque et de sub-occlusion.

Sort le 23 juillet 1938 en bon état. Revue en décembre 1938 en bon état.

Obs. LXXXI. — Mme Neh..., 46 ans. Est amenée d'urgence à la Pitié le 17 mars 1939 pour un état d'anémie aiguë causé par des métrorragies abondantes, subintrantes, de sang rouge mêlé de quelques caillots et ayant débuté il y a quatre mois. Réglée toujours irrégulièrement. Amaigrissement de 14 kg. en un an. Pas de grossesse, ni d'antécédents d'infection annexielle. Signes d'imprégnation éthylique.

Examen : malade extrêmement fatiguée, subictérique, froide, obnubilée, répondant à peine aux questions, se plaignant d'une soif intense et de bourdonnements d'oreilles. Pouls mal frappé et rapide, aux environs de 120. Température oscillant entre 38°5 et 39°. Toucher vaginal : col irrégulier, pas très dur, corps gros, peu mobile, paraissant bosselé et fai-

sant porter le diagnostic au premier toucher de fibrome hémorragique.

Au speculum : constatation d'une ulcération néoplasique assez souple, saignant spontanément, siégeant sur le versant postérieur du col, large comme une pièce de 2 francs, et s'étendant un peu sur la paroi postérieure du vagin.

La biopsie montre un épithélioma tubulé, très peu différencié, se rapprochant tantôt du type baso-cellulaire, tantôt du type spino-cellulaire, avec esquisse de globe corné. Mitoses peu nombreuses.

Examen de laboratoire : urée sanguine, 0,35; Glycémie: 1,04 pour 1.000 ; T.S.: 3'30 ; T.C.: 7' ; G.R.: 1.296.000 ; G.Bl.: 20.000 (poly. neutro. 78 %, moyens mono. 9 %, gros mono. 13 %. Forte anisocytose). V.G.: 2,40 H. 60 %.

En dehors des soins d'urgence nécessités par l'hémorragie aiguë, la malade reçoit pendant quatre jours 500 cm² de sérum physiologique et subit deux transfusions sanguines de 250 cm².

Le 20 mars 1939, le Dr CHEVRIER autorise son transfert à l'Hôpital Saint-Louis dans le service du Dr PICOT.

Opération le 22 mars 1939. Drs PICOT et GILLET.

Rachi-anesthésie. Incision bi-ischiatique. Décollement recto-vaginal facile. Large incision circulaire du vagin qui entraînera une colpectomie quasi-totale. Fermeture du sac vaginal. Décollement vagino-vésical facile. Ligature des vaginales longue et vésico-vaginale assez malaisée, on est constamment gêné par un saignement en nappe. Les uretères sont difficiles à repérer. Ligature de l'utérine droite et hystérectomie de droite à gauche en terminant par l'utérine gauche. La bascule de l'utérus fut très difficile. Le Douglas et le fond utérin étant bloqués par une annexe kystique importante avec grosses adhérences. Fermeture du péritoine que l'on solidarise à la lèvre antérieure du vagin. Deux mèches latérales. Fermeture partielle de la peau. Sonde de Pezzer. Transfusion de 250 cm³ à la fin de l'opération.

Suites opératoires excellentes et simples : la température ne dépasse pas 38°. Ablation des mèches le sixième jour.

2° Deux cas spéciaux sont à signaler :

— Un cancer sur moignon de col restant (observation LXXXVII).

— Un cancer du col associé à un néo du corps et des ovaires (observation LXXXVIII).

OBS. LXXXII. — Mme Faf..., 50 ans. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 3 mai 1937 pour des troubles d'apparition assez récente : métrorragies abondantes, purulentes tachant le linge, douleurs dans le flanc droit et la région lombaire ; amaigrissement de 7 kgs en deux mois. Elle a subi une hystérectomie subtotale il y a 16 ans, pour pyo-salpinx droit. T.A.: 5-16.

Examens de laboratoire : ni sucre ni albumine, Urée : 0,25. T.C.: 15'. Numération globulaire : 3.430.000 ; G. Bl.: 10.800 (poly.: 63 %, mono: 32 % ; lympho.: 5 %). La malade subfébrile reçoit à deux jours d'intervalle 1-2 et 3 cm³ de Propidon.

Opération : le 13 mai 1937. Dr Picot.

Rachi-anesthésie. Colpohystérectomie périnéale pour néo. sur col restant après hystérectomie subtotale. Incision bi-ischiatique, décollement recto-vaginal. Section médiane de la paroi postérieure du vagin. Section circulaire péri-cervicale du vagin que l'on ferme par quelques points. Décollement recto-vaginal difficile en raison d'adhérences et de l'intervention antérieure. Après dilatation de l'urètre aux bougies de Heggar on introduit l'index dans la vessie et le clivage devient possible. Libération, ligature pour section des vaginales, puis des utérines. Section et ligature des ligaments utéro-sacrés. Péritonisation, tamponnement.

Examen histologique de la pièce : Tout le fragment est envahi par un épithélioma riche en monstruosité cellulaires et mitoses.

Suites opératoires très simples ; la température ne dépasse pas 37°5. Ablation des mèches le cinquième jour. Sort le 13 juin 1937 en bon état.

Revue le 15 novembre 1938. Récidive. Dirigée dans un service de radiothérapie.

OBS. LXXXIII. — Mme Lad..., 58 ans. Entre à Lariboisière le 6 mars 1921, pour des pertes rosées et glaireuses datant de 6 mois, et s'accompagnant de pesanteurs pelviennes. Pas d'altération de l'état général. Ménopause à l'âge de 52 ans.

Examen : utérus gros et dur ; à travers le col entr'ouvert, on perçoit un fragment de tumeur.

Opération le 14 mars 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. utérin. Temps facile jusqu'à la libération du col. Grandes difficultés à cliver la vessie et à ouvrir le cul-de-sac antérieur. Les ligaments sont difficilement extériorisés à cause du volume des ovaires.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un cancer du col, du fond et des ovaires.

Suites opératoires simples, fébriles les trois premiers jours. Sort le 15 juin 1921.

3° Deux cas d'hystérectomie périnéo-abdominale avec :

— comme premier temps : la fermeture du vagin, la section des ligaments utéro-sacrés, et la libération le plus loin possible du paramètre;

— comme deuxième temps : la dissection des uretères et l'ablation de l'utérus et du paramètre par voie abdominale.

Le drainage fut toujours vaginal.

Ces deux malades (observations LXXXIV et LXXV) guérirent.

OBS. LXXXIV. — Mme Ker..., 63 ans. Entre à Lariboisière le 10 octobre 1927, pour des métrorragies d'apparition récente.

A l'examen : le col est irrégulier et bourgeonnant, l'utérus peu mobile.

La biopsie d'un fragment du col montre l'existence d'un épithélioma malpighien baso-cellulaire extrêmement proliférant. Stroma très grêle, abondamment infiltré de cellules inflammatoires.

Examen de laboratoire : urée, 0,43 ; T.C. : 8' le 14 octobre 1927, et 10'30" le 17 novembre 1927.

Opération le 19 octobre 1927. Pr CUNÉO.

1° Temps périnéal, premier temps d'une exirpation périnéale. Fermeture du vagin. Procédé habituel après résection des lymphatiques.

2° Deuxième temps abdominal, après dissection des uretères et des utérines, large ablation de l'utérus et des paramètres. Péritonisation. Paroi au catgut.

Suites opératoires : excellentes.

Sort le 10 décembre 1927.

Obs. LXXXV. — Mme Bar..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 18 janvier 1926 pour des métrorragies intermittentes, parfois très abondantes durant depuis 10 mois et des douleurs pelviennes et lombaires durant depuis 6 mois. Au toucher, volumineux cancer du col immobilisé par sa propagation au paramètre.

Opération le 28 janvier 1926. Pr CUNÉO.

1° Incision périnéale, transversale puis une incision circulaire du vagin comme dans la périnéale. Libération progressive du tube vaginal après ligature des vaginales. Mise en place de deux mèches dans les décollements.

2° Temps abdominal : Wertheim type avec dissection des uretères. Infiltration de l'uretère gauche qui doit être disséqué au bistouri. Suture abdominale après péritonisation sans drainage. Mise en place d'un Mickulicz par le périnée.

Suites opératoires excellentes et très peu fébriles.

Sort le 21 février 1926 en bon état.

4° Cinq malades furent victimes d'incidents opératoires et de complications post-opératoires :

— Une plaie de la vessie, suturée, fut sans suite

(observation LXXXVII). (Une autre plaie de la vessie fut faite chez la malade de l'observation XCI qui mourut le lendemain).

— Une fistule vésico-vaginale survint chez une malade sans qu'il y eut de lésion vésicale opératoire (obs. LXXXVI).

— Chez une autre malade, il y eut ligature de l'uretère droit nécessitant une réintervention et une sténose de l'uretère gauche nécessitant 5 mois plus tard une néphrotomie (obs. LXXXVIII).

— Une plaie rectale suivie de fistule recto-vaginale guérit opératoirement (obs. LXXXIX).

— Une déchirure rectale fut suturée pendant l'opération chez la malade de l'observation XC; il n'y eut pas de fistule rectale, mais il apparut plus tard une fistule vésicale, guérie opératoirement. Cette malade avait un néoplasme si envahissant que l'exérèse dû comprendre les tuniques musculuses vésicales et rectales.

OBS. LXXXVI. — Mme Bel..., 53 ans. Entre à l'Hôpital Lariboisière le 5 mai 1928, avec le diagnostic de cancer du col avancé.

Opération le 1^{er} juin 1928. Pr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale par le procédé habituel. Gros Mickulicz.

Suites opératoires : fébriles les huit premiers jours et établissement d'une fistule vésico-vaginale.

Sort le 14 octobre 1928 avec sa fistule vésico-vaginale.

OBS. LXXXVII. — Mme Lae..., 41 ans. Entre à Lariboisière le 8 mai 1919 pour cancer du col de l'utérus.

Opération le 13 mai 1919. Pr CUNÉO.

Incision bi-ischiatique, adhérence très intime à la vessie qui est légèrement déchirée au cours du décollement. Dissection du paramètre et hystérectomie après bascule de gauche à droite. Fermeture du péritoine. Réfection de la vessie en trois plans superposés dont le plus superficiel est constitué par la muqueuse vaginale restante. Coupe de la pièce : cancer endocervical.

Suites opératoires : Rien à signaler.

Sort le 21 juin 1919.

OBS. LXXXVIII. — Mme Iza..., 34 ans. Entre à l'Hôpital Lariboisière le 19 juillet 1920 pour des hémorragies et des pertes séro-purulentes datant de quatre mois. Diagnostic : néo. du col et du vagin.

Première opération le 27 juillet 1920. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. du col et du vagin, de forme ulcéreuse, surtout envahissante à gauche. Incision inter-ischiatique. Décollement recto-vaginal. Section du vagin. Formation d'un vase clos. Décollement vésico-vaginal. Grandes difficultés du côté gauche. Ligature des six pédicules. Fermeture du péritoine. Trois mèches à l'ectogan. La malade, très fatiguée, reçoit 1 litre de sérum intra-veineux pendant l'intervention.

Suites opératoires : assez bonnes. La température ne dépasse pas 38°, mais la malade reste fatiguée et fait de l'anurie complète, nécessitant :

Deuxième opération : le 30 juillet 1920. Dr J.-Ch. BLOCH.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Liquide sentant l'urine en assez grande quantité dans la cavité péritonéale. Dénudation de l'uretère droit qui est compris dans la ligature du pédicule utéro-ovarien droit. Il ne tient plus que par morceaux et apparaît sectionné quand on défait la ligature. Impossibilité de venir le fixer et l'ouvrir à la vessie. On le descend à la paroi vaginale où on le fixe. On ne voit pas l'uretère gauche compris dans la péritonisation.

Suites opératoires : bonnes. Mais

Troisième opération le 3 décembre 1920. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Néphrostomie gauche. Incision lom-

bo-iliaque. Ouverture de la loge rénalé. Rein gros, adhérent à son pôle supérieur (artère polaire), ne peut être extériorisé. Ouverture du rein sur son bord convexe. Petite incision. Ponction au bistouri allant au calice inférieur. Gros drain de Pezzer. Fermeture incomplète de la paroi. Tamponnement.

•Décédée le 16 juin 1921.

OBS. LXXXIX. — Mme Cla..., 56 ans. Entre à l'Hôpital Saint-Louis le 4 octobre 1937 pour des métrorragies abondantes durant depuis un mois, et une légère dysurie. Elle a des pertes blanches très abondantes depuis trois ans. Ménopause à l'âge de 49 ans. Opérée de hernie crurale il y a quatre ans.

Examen clinique : col gros, dur, ulcéré, saignant. Pas d'envahissement vers le vagin. Le paramètre droit est souple, le gauche est infiltré et douloureux. L'utérus est mobile. Bon état général. T.A. : 5-13.

Examen de laboratoire : urée: 0,35 ; T.S. : 2'30" ; T.C. : 16'. G.R. : 3.830.000 ; G. Bl. : 7.600 (poly. : 73 %).

Résultat de la biopsie pratiquée le 17 septembre 1937 : épithélioma épidermoïde non kératinisant, très riche en monstruosité cellulaires. Pas de réaction au niveau du stroma.

Opération le 7 octobre 1939. Dr Picot.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour néo. du col à forme ulcéreuse, avec paramètre gauche infiltré. Le décollement vésico-vaginal est difficile et ne peut être pratiqué qu'après dilatation de l'urèthre et introduction de l'index dans la vessie. Décollement recto-vaginal extrêmement laborieux au cours duquel on ouvre le rectum (fermeture en deux plans, muqueux au catgut et séromusculaire à la soie). Dissection des paramètres droit puis gauche. Annexes droites fixées et difficiles à libérer. Ligature dernière des utérines, fermeture du péritoine. Mèche.

Suites opératoires : sans fièvre et très simples, malgré une légère paresse intestinale. Apparition d'une fistule recto-vaginale.

Le 30 décembre 1937 : cure radicale de la fistule vagino-

rectale par abaissement de la muqueuse rectale au pourtour de l'anus.

L'examen histologique de la pièce confirme les données de la biopsie.

Sort guérie le 21 janvier 1938.

Revue le 18 novembre 1938, en parfait état. La fistule est guérie. La cicatrice vaginale est souple.

OBS. XC. — Mme Bil., 70 ans, consulte à la Fondation Rotschild, rue Marcadet, le 9 octobre 1937, pour des troubles datant de quelques mois : amaigrissement important; diarrhée permanente (4 à 5 selles par jour), résistant à tous les traitements. Pertes sanguinolentes et fétides et très irritantes. Depuis quelques semaines, des douleurs vésicales très aiguës, irradiant à la vessie et aux lombes, empêchant tout sommeil et tout repos.

A l'examen : le vagin est complètement comblé par une tumeur végétante et le doigt ne peut atteindre le col. Une tentative de toucher rectal révèle l'existence d'un rétrécissement en diaphragme, à 3 cm. au-dessus de l'anus.

Le 12 novembre 1937 : on sectionne le rétrécissement au bistouri électrique. Ce traitement n'améliore en rien les troubles intestinaux. Les troubles vésicaux sont plus intenses. Le toucher rectal permet de sentir le vagin, immobile et rigide, l'utérus a perdu beaucoup de sa mobilité et est gros et douloureux.

La cystoscopie montre le col très soulevé, la muqueuse présente une rougeur diffuse, mais nulle part on ne trouve de néoplasme.

Examen de laboratoire : urée: 0,48 ; Glycémie : 1,40 ; T. C.: 14°.

L'état de la malade est si grave, elle souffre tant qu'on décide de tenter l'ablation du vagin et de l'utérus, après l'avoir remontée par des injections de sérum glucosé et une cure digitale. L'état est si précaire que l'anesthésie générale et la rachi. étant contre-indiquées (T.A. : 5-8), on fera une épidurale complétée par quelques bouffées de chlorure d'éthyle.

Opération le 6 décembre 1937. Dr PICOT.

Anesthésie épidurale après 2 cm³ de caféine. Le vagin

étant complètement envahi et rempli par le néoplasme, on fait une incision prérectale. On entre dans les fosses ischio-rectales et, après avoir repéré les releveurs, on les sectionne aussi haut que possible.

Le vagin est absolument immobile, soudé à la vessie et au rectum. On fait une incision circulaire, passant immédiatement en arrière du méat urétral ; puis on dilate l'orifice urétral aux bougies pour y introduire l'index. On arrive ainsi, avec des ciseaux courbes, à décoller la muqueuse vésicale et à atteindre les culs-de-sac vésico-utérins que l'on ouvre. Le décollement rectal est très difficile. Le vagin et le rectum étant à peu près soudés l'un à l'autre. On arrive à les séparer en procédant de droite vers la gauche, puis de la gauche vers la droite, grâce à l'ouverture des fosses ischio-rectales et à la section des releveurs. Le vagin emporte avec lui la plus grande partie de la musculature du rectum. On a donc passé sous la muqueuse vésicale en avant, au contact de la muqueuse rectale en arrière. Le col est fixé et les tractions ne peuvent rien abaisser. Elles déchirent subitement le vagin à son insertion utérine et le champ opératoire est soudainement envahi par un flot de liquide purulent et saigneux, c'est un pyomètre qui vient de se vider.

Le côté gauche paraît moins envahi. On reconnaît facilement l'uretère. On lie la vaginale puis l'utérine très en dehors. Ligature du ligament rond, puis du pédicule utéro-ovarien gauche. L'utérus peut être basculé en avant surtout après ligature des deux pédicules supérieurs droits. L'uretère droit est pris dans le néoplasme. On le libère tantôt d'arrière en avant, tantôt d'avant en arrière. Quand tous les pédicules sont liés et sectionnés, on amène à soi la masse utéro-vaginale, mais une adhérence la retient encore au rectum et la traction a amené à ce niveau une petite déchirure de la face antérieure du rectum. On réunit alors le péritoine vésical au péritoine rectal par quatre points en s'efforçant comme d'habitude de recouvrir la partie inférieure de la vessie, mais l'ablation du vagin ayant été totale, on ne peut y arriver. On referme la brèche rectale par trois plans. Mèche. Sonde

de Pezzer. L'opération a été faite sous anesthésie épidurale, et complétée pour les ligatures des pédicules supérieurs par quelques bouffées de chlorure d'éthyle. Malgré l'opération difficile et longue, la malade n'est nullement shockée.

Suites opératoires : dans les jours suivants, il se produit au niveau de la muqueuse vésicale une plaque de sphacèle dans la partie qui n'a pu être recouverte avec le péritoine vésical et où les mèches étaient au contact direct de la vessie.

La période post-opératoire est troublée par une diarrhée que rien ne peut arrêter ni même diminuer.

Le 31 janvier 1938, *on fait une autoplastie de la vessie* en la fermant par des points non perforants et en amenant par-dessus une des grandes lèvres.

Sort de l'hôpital guérie le 14 février 1938.

Revue bien portante à plusieurs reprises, jusqu'au 30 mai 1938, date à laquelle elle part pour la campagne ; elle ne souffre plus et a engraisé de plusieurs kilogs.

Meurt en décembre 1938 d'une crise d'urémie.

5° 4 hystérectomies périnéales pour cancer du col furent suivies de décès :

— une mourut de shock le deuxième jour, il s'agissait d'une malade fatiguée et fébrile ayant subi une plaie vésicale opératoire (obs. XCI) ;

— une mourut le 7° jour de fatigue et d'infection (observation XCII), malade cachectique ayant un néoplasme très avancé ;

— une mourut le 10° jour de complications opératoires ; il s'agissait d'une malade très fatiguée, tousant en permanence, elle avait été opérée sous rachianesthésie (obs. XCIII).

— Enfin, une mourut d'embolie le 7° jour pendant son transport à la salle de pansement où on voulait retirer ses mèches (obs. XCIV).

OBS. XCI. — Mme Hec..., 34 ans. Entre à Lariboisière le 4 juin 1919 pour des métrorragies très-abondantes depuis deux ans devenues poisseuses et noirâtres depuis un mois et s'accompagnant de douleurs pelviennes violentes.

A l'examen, on sent un col dur, irrégulier et ulcéré et des noyaux néoplasiques ayant envahi le vagin. Malade fatiguée et fébrile. Température oscillant entre 37°5 et 38°.

Opération : le 7 juin 1919. Pr CUNÉO.

Incision bi-ischiatique, décollement recto-vaginal assez facile. Décollement vésical très difficile en raison d'adhérences très importantes entraînant la rupture de la vessie que l'on recoud par trois plans superposés. Bascule de l'utérus, repérage des uretères, hystérectomie de droite à gauche. Péritonisation. Tamponnement.

Suites opératoires : malade très fatiguée. T° à 39°.

Décédée le 9 juin 1919.

OBS. XCII. — Mme Leg..., 50 ans. Entre à Lariboisière le 21 juin 1920 pour un cancer du col très évolué, avec très mauvais état général.

Opération le 28 juin 1920. Pr CUNÉO.

Anesthésie au chloroforme. Hystérectomie périnéale pour néo. du col chez une malade presque cachectique. Décollement vésical difficile. Adhérences commençant au bas-fond vésical. Ablation des annexes kystiques et adhérentes. Résection du tiers supérieur du vagin. Suture de la tranche vaginale, mais le périnée est laissé complètement ouvert et bourré de mèches.

Suites opératoires : malade très fatiguée et infectée, très shockée.

Décédée le 4 juillet 1920.

OBS. XCIII. — Mme Til..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 19 mai 1921 pour des métrorragies mêlées de pertes sanguinolentes fétides. Malade très fatiguée, toussant en permanence.

Opération : le 13 mai 1921. Dr PICOT.

Raché-anesthésie. Hystérectomie périnéale pour cancer de l'utérus. Décollement recto-vaginal, facile. Par contre,

la cloison vésico-vaginale est très envahie et l'on a beaucoup de mal à libérer la vessie. Adhérence profonde nécessitant un morcellement. Fermeture du péritoine. Mèches.

Suites opératoires mauvaises, fébriles. La malade tousse.
Décès le 23 mai 1921 de complications pulmonaires.

OBS. XCIV. — Mme Les..., 58 ans. Entre à l'Hôpital St-Louis le 19 juin 1936 pour des métrorragies durant depuis 6 mois et très abondantes depuis 8 jours. Ces règles ont été très abondantes mais régulières jusqu'à l'âge de 53 ans. Un enfant bien portant. Traitée pour salpingite il y a 20 ans.

Le diagnostic de fibrome a été fait il y a 8 ans, mais la malade n'a pas été soignée. Embonpoint notable.

A l'examen : le col d'apparence normale est très haut et difficile à toucher. Le corps est gros, dur et remonté à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Examens de laboratoires : Urée : 0,32, ni sucre ni albumine. G.R. : 4.000.000 ; G. Bl. : 7.800 (poly. : 74 %, mono. : 21 %). T.S. : 3' ; T.C. : 13' le 20 juin 1936 et 16' le 27 juin 1936 après citrate de soude.

Biopsie le 30 juin 1936. Epithélioma indifférencié à tendance baso-cellulaire, type malpighien intermédiaire, mitoses et monstruosité cellulaires nombreuses.

Opération : le 8 juillet 1936. Dr Picot.

Rachi-anesthésie. Incision périnéale. On est rapidement gêné par la profondeur extrême du vagin et l'embonpoint de la malade. On parvient relativement aisément à cli-ver le vagin du rectum, mais l'existence d'adhérences à la vessie oblige à introduire le doigt dans la vessie et à passer au ras de la muqueuse vésicale. L'abaissement de l'utérus est difficile, un lipome de la fosse ischio-rectale gêne et doit être enlevé. Ligature des vaginales difficile. L'ouverture des culs-de-sac est difficile et se fait à bout de pinces et de valves. L'utérus ne s'abaisse pas. Ligature des utérines sans qu'il s'en suive le moindre abaissement. On finit par percevoir de petits fibromes qui empêchent l'abaissement. On doit les morceler pour pouvoir les extérioriser. On laisse les annexes qui étaient kysti-

ques et adhérentes. Fermeture du péritoine par trois points. Mickulicz. Sonde à demeure. L'ouverture de la pièce montre un gros utérus fibromateux avec gros cancer du col.

Suites opératoires : Température oscillante aux environs de 38°. Le septième jour pendant son transport au spéculum où en voulant retirer les mèches pensant qu'il y avait de la rétention, la malade meurt subitement d'embolie.

Examen histologique du tissu cellulaire du paramètre : trois tubes glandulaires métastatiques sont vus en un point.

III. — Hystérectomie pour prolapsus

7 hystérectomies avec suture des releveurs et guérison opératoire très simple (Obs. XCV à CI).

La 8^e (observation CII) mourut le 10^e jour, dans un état de cachexie avec eschare fessière; elle était déjà avant l'opération très fatiguée et fébrile.

OBS. XCV. — Mme Lan..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 27 mai 1920 pour un prolapsus utérin infecté. Mauvais état général subfébrile.

Opération : le 28 mai 1920. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Incision inter-ischiatique, décollement recto-vaginal, section du vagin, décollement vésico-vaginal, hémostase facile, hystérectomie, péritonisation, suture des releveurs, suture de la peau.

Suites opératoires : excellentes.

Sort le 12 juin 1920 (quinzième jour).

Revue en 1939 : va bien.

OBS. XCVI. — Mme Nol..., 54 ans. Entre à Lariboisière le 30 mai 1921 pour un prolapsus utérin du 3^e degré, avec utérus infecté.

Opération : le 20 juin 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Grosse difficulté au niveau du cul-de-sac antérieur, la vessie étant très adhérente. Hystérectomie de droite à gauche. Le vagin est enlevé sur presque toute sa totalité. Pour soutenir la vessie qui est très prolabée, on suture la lèvre vaginale antérieure à la suture péritonéale. Suture des releveurs par un point. Réfection de ce qui reste de vagin.

Suites opératoires normales.

Sortie le 14 juillet 1921.

OBS. XCVII. — Mme Tei..., 63 ans. Entre à Lariboisière le 17 octobre 1921 pour des pertes purulentes, fétides, très abondantes et une profonde altération de l'état général.

A l'examen : prolapsus considérable avec sphacèle du vagin et pyomètre occasionné vraisemblablement par un volumineux appareil de contention à point d'appui périnéal. Eschare périnéale.

Opération : le 28 octobre 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie : ablation de l'utérus et du vagin presque en totalité, par voie périnéale, selon la technique habituelle. Le décollement antérieur est rendu très difficile en raison du prolapsus vésical et des adhérences pathologiques entre la vessie prolabée et le vagin. La plaie périnéale est entièrement laissée ouverte.

L'examen de la pièce montre l'existence de plusieurs ulcérations gangréneuses du vagin ayant la dimension d'une pièce de 1 fr. Le corps utérin très épaissi est rempli de pus gangréneux abominablement fétide.

Suites opératoires : chute de la température, grosse amélioration de l'état général.

Sort le 4 décembre 1921.

OBS. XCVIII. — Mme Rob..., 60 ans. Entre à Lariboisière le 1^{er} mai 1925 pour un prolapsus du deuxième degré datant de 7 ans. Troubles urinaires très marqués. Allongement hypertrophique du col qui est très ulcéré. Par l'orifice cervical il sort des sérosités purulentes très abondantes. T.A.: 10-19.

Opération : le 3 mai 1925. Dr Jacques-Charles BLOCH.

Hystérectomie périnéale selon la technique du Pr CUNÉO.

Suites opératoires fébriles jusqu'au quinzième jour.

Sort le 5 juin 1935.

OBS. IC. — Mme R..., 56 ans, est entrée en clinique le 24 février 1927 pour prolapsus du deuxième degré, avec utérus métritique et pertes abondantes.

Opération : le 26 février 1927. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale facile avec large colpectomie et bonne reconstitution du plancher pelvien.

Suites opératoires : simplès et sans fièvre.

Sort le 15 mars 1927 en excellent état.

OBS. C. — Mme Gou..., 61 ans. Entre à Lariboisière le 19 novembre 1928 pour un prolapsus du 3^e degré, avec écoulement de sérosité purulente par le col et tendance au sphacèle du col.

Opération : le 19 novembre 1928. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par la technique habituelle : très facile. Suture des releveurs. Fermeture partielle de ce qui reste de vagin.

Suites opératoires : malade très peu shockée, suites excellentes.

Sort le 14 octobre 1928.

OBS. CI. — Mme Pic..., 60 ans. Entre dans le service N° 8 à la Pitié le 21 février 1939 pour rétention complète datant de trois jours.

A l'examen : prolapsus du 3^e degré avec allongement hypertrophique du col très important et nombreuses ulcérations du col ayant tendance au sphacèle malgré le traitement et les pansements au sérum physiologique.

Cystocèle très marqué, urines purulentes. Etat général mauvais. Malade subfébrile et fatiguée.

Antécédents : Première grossesse en 1905 : rupture du périnée entraînant le prolapsus qui s'exagère avec les deuxième et troisième accouchements. Traitée en 1934 pour incontinence d'urines, la rétention d'urine n'est apparue qu'au début de 1939.

Examens de laboratoire : T.S. : 3'30". T.C. : 6'30". G.R. : 4.220.000 ; G. Bl. : 14.260.

Opération le 8 mars 1939. GILLET.

Rachi-anesthésie après scopolamine-morphine entraînant un état subcomateux. Hystérectomie périnéale facile, avec ablation d'une très petite collerette de vagin, l'hémostase est très facile, les vaisseaux étant en partie

obstrués. Fermeture du péritoine. Suture des releveurs par 3 points au catgut chromé. Fermeture de la paroi postérieure du vagin en adossant par des points en U leur face périphérique de façon à former une colonne vaginale postérieure et à rétrécir le diamètre vaginal. Fermeture presque complète de la plaie périnéale, une mèche vaginale, une mèche périnéale, sonde de Pezzer.

Suites opératoires : constipation pendant 6 jours, ablation des mèches le septième jour. Grosse amélioration de l'état général, malgré l'existence d'un état subfébrile (Température à 38° pendant une quinzaine de jours) qu'aucune complication n'explique.

Sort le 3 avril 1939.

OBS. CII. — Mme Ble..., 59 ans. Entre à Lariboisière le 23 août 1920, pour un prolapsus très accentué. Mauvais état général. Subfébrile.

Opération : le 27 août 1920. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Décollement recto-vaginal facile, isolement d'une collerette vaginale, décollement vésico-utérin. Ligature facile des pédicules vaginaux, utérins et supérieurs. Fermeture du péritoine, suture des releveurs. Fermeture de la plaie aux crins, mèche vaginale.

Suites opératoires : mauvaises, fébriles. Apparition d'eschare fessière, grave altération de l'état général.

Décédée le 7 septembre 1920.

IV. — Hystérectomie périnéale pour fibromes

9 observations de fibrome chez des malades obèses et fatiguées ayant toutes guéri, sans complications opératoires (Obs. CIII à CVIII).

OBS. CIII. — Mme Hub..., 63 ans. Entre à Lariboisière le 26 juin 1919 pour des hémorragies répétées et abondantes ayant entraîné un état d'anémie inquiétant. Femme très grasse, ankylose de la hanche gauche, raideur de la hanche droite. Au toucher, utérus volumineux dont le volume est difficile à préciser du fait de l'obésité de la malade.

Opération : le 7 juillet 1919. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale difficile. l'utérus ne peut être enlevé que par morcellement. Etant donné les difficultés de lier les utérines, on est obligé de laisser des pinces à demeure. Méchage de la cavité vaginale.

Suites opératoires : satisfaisantes. Ablation des pinces au troisième jour.

Sort le 3 août 1919, guérie.

OBS. CIV. — Mme Arm... Entre à Lariboisière le 10 juillet 1919 pour des métrorragies d'apparition ancienne et pour des pertes séro-purulentes plus récentes s'accompagnant de coliques utérines. Malade fatiguée, température oscillante entre 38° et 38°5.

A l'examen : corps utérin volumineux, col dilaté à travers lequel on perçoit une masse bourgeonnante ayant tendance à s'extérioriser.

Opération : le 16 juillet 1919. Dr CUNÉO.

Hystérectomie périnéale facile. L'énorme fibrome en voie d'accouchement par le col ne peut être extrait que par morcellements. Hémostase facile. Fermeture du péri-toine, trois mèches à l'Ektogan après fermeture incomplète de la plaie périnéale.

Suites opératoires satisfaisantes.

Sort le 21 juillet 1919.

OBS. CV. — Mme Cou..., 54 ans. Entre à Lariboisière le 1^{er} mars 1920. Bien réglée jusqu'en juillet 1918, elle présente depuis cette époque des ménorragies très abondantes, mêlées depuis 6 mois, de métrorragies importantes. Soignée dans un service de médecine pendant un mois par radiothérapie sans aucun résultat.

Antécédents : 10 enfants bien portants. Pas de fausse-couche.

Examen : Femme extrêmement obèse, col ouvert avec une tuméfaction à sa partie postérieure, corps non perçu.

Opération le 2 avril 1920. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel sans incident.

Suites opératoires excellentes.

Sort le 25 avril 1920.

OBS. CVI. — Mme Dar..., 52 ans. Entre à Lariboisière le 20 avril 1920 avec le diagnostic de néo. du col utérin.

Opération le 21 avril 1920.

Incision inter-ischiatique, libération d'une collerette vaginale, décollement vagino-rectal et vagino-vésical facile. Extirpation d'un fibrome volumineux qui doit être morcelé. Péritonisation. Pansement à plat.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 10 mai 1920.

OBS. CVII. — Mme Lho..., 46 ans. Entre à Lariboisière le 3 janvier 1921 pour des métrorragies très abondantes ayant amené un état d'anémie inquiétant. Malade très obèse chez laquelle on porte le diagnostic de fibrome.

Opération : le 8 janvier 1921. Dr PICOT.

Rachi-anesthésie. Incision périnéale, les plans de cli-
vage antérieur et postérieur sont difficiles à trouver et
en partie oblitérés. Ligature facile des vaginales et des
utérines. On ne peut faire basculer le fibrome qu'après
section des annexes gauches qu'on retire secondairement.
Ablation des annexes droites. Fermeture du péritoine
Quatre mèches, sonde de Pezzer.

Suites opératoires excellentes.

Sort le 5 février 1921.

OBS. CVIII. — Mme Guy..., 42 ans. Entre à Lariboisière le
29 octobre 1925 pour des métrorragies extrêmement abon-
dantes, des pesanteurs pelviennes, une altération de l'état
général. Femme très obèse.

Opération : le 4 novembre 1925. Dr. J.-Ch. BLOCH.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale classique
pour utérus fibromateux chez une femme très obèse. Tam-
ponnement périnéal.

Suites opératoires : rien à signaler.

Sort le 6 décembre 1925.

OBS. CIX. — Mme Dan..., 46 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 no-
vembre 1930 pour des douleurs dans le bas-ventre et la fosse
iliaque droite, datant de un mois et un peu calmées par les
règles qui sont très prolongées (15 jours). Amaigrissement
récent. Incontinence d'urines à la toux et mictions diffi-
ciles. Six enfants. Soignée à 30 ans pour ulcère de l'estomac.
Tousseuse de longue date. Très obèse.

L'examen clinique fait porter le diagnostic de fibrome du
col, avec col suspect. Urée : 0,20. T.C. : 15'.

Biopsie du col : Premier fragment : aspect de métrite atro-
phique, muqueuse intacte, pas de signe de malignité.

Deuxième fragment (région endo-cervicale) : hyperplasie de
la muqueuse cylindrique. Réaction inflammatoire légère. Pas
d'aspect néoplasique. Néanmoins, étant donné l'obésité et
l'état pulmonaire de la malade on décide après 5 semaines
d'observation, et de préparation, de faire une hystérectomie
périnéale sous rachi-anesthésie.

Opération : le 12 décembre 1930. Pr CUNÉO.

Rachi-anesthésie. Hystérectomie périnéale rendue très difficile par l'adhérence très grande de la vessie à l'utérus. Le pédicule utérin gauche sectionné trop en dehors est difficile à lier. Hémisection pour basculer l'utérus et lier les pédicules droits de haut en bas. Péritonisation. mèche iodoformée.

Suites opératoires : très simples. La température ne dépasse pas 38°.

Sort le 24 janvier 1931 en excellent état.

OBS. CX. — Mme Vic..., 68 ans. Entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1931 pour des métrorragies abondantes, spontanées, intermittentes, capricieuses datant de deux ans. Ménopause à l'âge de 53 ans.

Examen : Femme très grasse, assez bon état général. Urée: 0,35. T.C.: 14'. Col dur, un peu bosselé. Corps gros, difficile à palper en raison de l'obésité.

Opération : le 15 juin 1931. Pr CUNÉO.

Anesthésie éther. Hystérectomie périnéale pour fibrome avec métrorragies très abondantes chez une femme très grasse. Incision bi-ischiatique, décollement recto-vaginal. Isolement assez haut de la collerette vaginale. Ligature des cervico-vaginales puis des utérines. Décollement vésical difficile. Ligature des ligaments ronds et utéro-ovariens. Ablation de l'utérus. Péritonisation. Mickulicz plus deux mèches.

Suites opératoires : très simples, apyrétiques.

Examen histologique de la pièce : les deux fragments sont constitués par du fibrome. Pas de muqueuse néoplasique.

Sortie le 21 juillet 1931, en excellent état.

OBS. CXI. — Mme Ber..., 44 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 13 sept. 1935 pour des métrorragies d'apparition récente, faisant porter le diagnostic de néoplasme utérin probable. La biopsie après curettage faite le 25 sept. 1935 ne montre pas de lésion néoplasique.

Examen de laboratoire. — Urée 0,35. T. S. : 2'; T. C. : 27'.

Opération : le 9 octobre 1935 : Prof. CUNÉO.

Raché plus éther. Hystérectomie périnéale par le procédé habituel en allant de gauche à droite. Intervention difficile du fait de l'adhérence du fond de l'utérus au Douglas. Ablation des annexes gauches. Fermeture du péritoine. Mickulicz avec deux mèches. A l'ouverture de la pièce, il n'y a pas de lésion néoplasique macroscopique. Utérus fibromateux.

Examen histologique de la pièce : utérus fibromateux avec muqueuse atrophique.

Suites opératoires simples et sans fièvre. Ablation des mèches le 5^e jour.

Sort le 14 novembre 1935 en excellent état.

Revue en 1938 : va bien.

Etude statistique des cent onze observations

I. — Au point de vue technique.

1° On pratiqua le clivage de la vessie sur le doigt introduit dans l'urètre 15 fois : une fois pour cancer du corps, 14 fois pour cancer du col.

Cette méthode étant destinée à faciliter le clivage vésico-utérin dans les cas rendus difficiles par la propagation néoplasique n'a évidemment pas été pratiquée fréquemment dans le cancer du corps et ne l'a pas été du tout dans le cas de fibrome, de prolapsus ou de métrite.

4 fois sur 41 cancers du col, l'exérèse d'une tumeur très envahissante nécessita l'ablation de la musculuse vésicale avec le néoplasme.

2° On pratiqua le procédé dit « à l'Américaine » 5 fois dans les cancers du corps, 7 fois dans les cancers du col, 2 fois dans les cas de fibrome.

3° Les anesthésies employées furent 48 fois la rachi-anesthésie. — 4 fois la rachi-anesthésie complétée par l'anesthésie générale. — 1 fois l'anesthésie épidurale. — 6 fois l'anesthésie générale. — Dans les 51 autres observations, le mode d'anesthésie n'est pas indiqué.

II. — Au point de vue incidents opératoires.

On relève sur 111 observations :

- deux plaies de la vessie suturées sans suite;
- une ligature de l'uretère nécessitant une réintervention;
- une plaie de l'uretère, suivie de fistule urétéro-vaginale, nécessitant une néphrectomie secondaire;
- deux plaies du rectum, suturées, dont une seulement fut suivie de fistule recto-vaginale.

III. — Au point de vue séquelles opératoires.

Il y eut : trois fistules recto-vaginales

- deux fistules vésico-vaginales,
- une fistule urétéro-vaginale,

dont la moitié furent opérées et guérissent.

Il y eut deux phlébites, dont une mortelle.

IV. — Au point de vue pronostic opératoire.

Sur 111 malades, il y eut 11 décès, soit 10 % de mortalité globale se répartissant ainsi :

- hystérectomie pour cancer du corps : 5 décès sur 47 observations, soit 10 %;
- hystérectomie pour cancer du col : 4 décès sur 44 observations, soit 9 %.
- hystérectomie pour métrite avec diagnostic de cancer du corps : 1 décès pour 11 observations, soit 9 %;

— hystérectomie pour prolapsus : 1 décès sur 8 observations, soit 12,5 % (1).

— hystérectomie pour fibrome : pas de décès.

Ces 11 décès furent causés :

— 5 fois par shock dans les 3 premiers jours de l'opération;

— 2 fois par des complications infectieuses;

— 1 fois par des complications respiratoires;

— 1 fois par embolie;

— 2 fois par une grande fatigue réalisant une vraie cachexie post-opératoire.

V. — Résultats à distance.

Les résultats à distance, par contre, sont très difficiles à préciser. Nous avons écrit à presque toutes les opérées. Celles qui nous ont répondu ou celles dont nous avons eu des nouvelles par la famille sont loin d'être la majorité. D'ailleurs, la plupart de nos opérées ne vivent plus. Les malades opérées entre 1919 et 1930, à l'âge de 50, 60 ou 70 ans, sont mortes même sans qu'il s'agisse de récédive. Leurs familles sont souvent difficiles à joindre et ne savent pas dans quelles conditions elles sont décédées. Il serait vain de faire une statistique ayant la prétention d'indiquer, même approximativement, les résultats éloignés. Toutes les indications qui nous sont parvenues

(1) Cet essai de statistiques sur de petits nombres donne, bien entendu, des résultats faux : 1 décès pour 8 hystérectomies, pour prolapsus, donne une mortalité de 12,5 %, alors que la mortalité pour cancer du col n'est que de 9 %.

sont exposées avec les observations. Il suffit, comme l'a écrit depuis longtemps notre Maître CUNÉO, d'avoir constaté des résultats vraiment remarquables de guérison de 6, 8 et 12 ans (obs. II, XIII, XV, XXIV, XXVIII, LVIII, LXIV, LXX et LXXVI) chez des malades ayant été opérées de cancer très envahissant et très grave (et vérifié par l'examen histologique) pour être persuadé de la large exérèse et de l'utilité de l'hystérectomie périnéale. Les résultats éloignés de l'hystérectomie périnéale sont, d'après l'impression qu'en ont nos maîtres CUNÉO et PICOT, et d'après la statistique de STEVAN-NETCHITCH, semblables à ceux de l'hystérectomie abdominale élargie, type WERTHEIM (1). D'ailleurs, notre but n'est pas de montrer, nous l'avons déjà dit, l'utilité de l'hystérectomie périnéale, comme traitement de choix du cancer du col de l'utérus, mais de montrer que c'est une opération bénigne, encore possible lorsque les autres hystérectomies risquent d'être dangereuses.

(1) Dans sa thèse, NETCHITCH montra que sur 46 hystérectomies périnéales pour cancer du col de l'utérus, il avait une mortalité opératoire de 4,5 % et la comparait à la mortalité de 10 % citée par J.-L. FAURE dans son article de la *Presse Médicale* du 23 mai 1923, sur l'hystérectomie abdominale élargie, type Wertheim.

Conclusions

La colpo-hystérectomie périnéale trop ignorée ou méconnue, n'est pas en opposition avec l'hystérectomie par voie abdominale.

Elle présente un double avantage :

1° Elle permet de faire une large exérèse de l'utérus, des paramètres et du vagin et d'assurer un bon drainage déclive.

2° Elle est une opération peu shockante, ne nécessitant pas l'anesthésie générale, et reste une opération encore possible et relativement bénigne dans des cas où l'hystérectomie abdominale serait une opération pénible ou dangereuse.

Ses indications sont de deux ordres :

1° Indication de nécessité :

a) quand l'état général contre-indique l'hystérectomie abdominale (grand âge, obésité, fatigue);

b) quand les lésions sont au-dessus des ressources d'autres traitements (cancer du col très étendu au vagin ou à la vessie).

2° Indication de choix : le cancer du corps de l'utérus, parce qu'il s'agit de femmes âgées, souvent obèses, presque toujours très fatiguées, et que les :

Les indications d'ordre local sont réunies :

— la lésion doit être utérine ou utéro-vaginale;

— l'utérus ne doit pas être trop volumineux;

— Il est préférable qu'il soit mobile et facilement abaissable.

La technique de l'hystérectomie périnéale est très bien réglée depuis la description de nos maîtres CUNÉO et PICOT. A la lumière de 110 comptes-rendus opératoires, nous avons montré la fréquence de l'emploi de deux variantes opératoires nécessitées par l'étendue des lésions : le clivage de la vessie sur un doigt intravésical, et la libération de l'utérus par un procédé rappelant le procédé américain de l'hystérectomie abdominale.

Les résultats immédiats montrent :

— que l'hystérectomie périnéale est une opération relativement bénigne, si on considère qu'il s'agit toujours de malades âgées et fatiguées et le plus souvent atteintes de cancer;

— que les suites opératoires sont simples, bien que la période de cicatrisation soit plus longue que dans l'hystérectomie abdominale.

Ces résultats éloignés, bien que concernant des cas souvent très graves, montrent dans les cancers du col des résultats sensiblement semblables à ceux de l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.
ROUSSY.

Bibliographie

- BAILLIS. — L'hystérectomie vaginale. (*Journ. Méd. Fr.*, janvier 1930).
- BARON. — Conservation ovarienne dans les hystérectomies. (*Thèse Paris*, 1936).
- BAUMGARTNER. — La conservation annexielle dans les hystérectomies. (*Bull. Soc. Chir.*, 1936).
- BÉRARD et LECLERC. — A propos du diagnostic du cancer du corps utérin. (*Presse Médicale*, avril 1936).
- BLOCH (J. Ch.). — L'hystérectomie périnéale. (*Gazette Médicale de France*, 15 nov. 1930).
- BUTEAUD. — Les métrorragies après la ménopause. (*Thèse Paris*, 1923).
- CADENAT. — Les indications d'hystérectomie vaginale. (*Pres. Médicale* 1920 et *Concours médical*, 1921).
- CUNÉO et PICOT. — Technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. (*Journ. de Chir.*, mars 1921).
- DELAUNAY. — Technique de l'hystérectomie vaginale. (*Paris Chirurgical*, 1909).
- DEBRAY. — Suites éloignées de l'hystérectomie. (*Thèse Paris*, 1934).
- DESCOMPS. — L'hémostase des pédicules annexiels et utérins. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, févr. 1912).
- DESMARETS et RELIER. — La conservation annexielle dans les hystérectomies. (*Gyn. et Obst.*, janvier 1936).
- DORDELEIN. — Operative gynakologie. Leipzig.
- DORDELEIN et KRONIG. — Operative gynakologie. Leipzig 1924.
- DOYEN. — Thérapeutique et technique chirurgicales.

- DUJARRIER et LARGET. — Technique opératoire de la colpectomie totale dans les collapsus complets des femmes âgées. (*Journ. de chir.*, mars 1925).
- FAURE J.-L. — Les méfaits du curettage explorateur dans les cancers du corps de l'utérus. (*Presse Méd.*, mai 1930).
- Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. (*Ann. Gynec. et Obs.*, juin 1908. *Sem. Méd.* 1908, p. 476).
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie.
- FREDEY. — Anatomie des vaisseaux nourriciers de l'ovaire. (*Bull. de Soc. de Chir.*, mai 1936).
- GOSSET et MONOD. — Rapport sur le traitement du cancer cervico-utérin par l'hystérectomie consécutive à la curiethérapie. (*Soc. de Chirurgie de Paris*, tome XLIX. n° 15, mai 1923).
- EHRENPREIS. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie périnéale. (*Thèse de Paris*, 1910).
- ESQUIROL. — L'hystérectomie vaginale. (*Thèse de Paris*, 1936).
- HARTMANN. — Cancer du vagin, castration totale par incision para-vaginale. (*Soc. de Chir. de Paris*, 1^{er} déc. 1909).
- IMBERT et PIÉRI. — Sur l'extirpation utéro-vaginale totale. (*Bull. Soc. de Chir.*, 15 nov. 1905).
- ISMAÏL. — L'hystérectomie périnéale. (*Revue de Chir.*, n° 7, sept. 1931).
- Mémoire pour le titre d'assistant étranger. 1930.
- JAYLE. — Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer utérin. (*Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, T. XII).
- JAYLE et PAPIN. — De la dégénérescence néoplasique des ovaires dans le cancer de l'utérus. (*Revue de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1904).
- KRAMER. — Des organes lymphatiques des organes génitaux femelles et de leur modification dans le cancer. (*Annales de Gyn.*, 1904, in *Thèse de PAGE*).
- KUNDRAT. — Extension du cancer au paramétrium dans les cas de cancer de l'utérus. (*Arch. f. Gyn.*, Bd. LXIX).
- LARGET. — La colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées. (*Thèse de Paris*, 1925).

- LECLERC. — La métrite hyperplasique après la ménopause. (*Presse Médicale*, juillet 1936).
- LEJEUNE. — L'anesthésie péridurale segmentaire. (*Thèse de Paris*, 1935).
- MARTEIL (Paul). — De l'hystérectomie vaginale dans le cancer du corps de l'utérus. (*Thèse de Paris*, 1936).
- MÉNÉTRIER. — Cancer in *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique*.
- OFFERGELD. — Le cancer de l'utérus et ses métastases dans les organes à sécrétion interne. (*Arch. f. Gyn.*, Tome LXXXIII).
- ORTNER. — Récidives tardives d'un cancer de l'utérus. (*Zentralbl. f. Chir.* n° 29, 1909).
- PAUCHET. — Technique de la colpo-hystérectomie périnéale. (*Pratique médicale illustrée*, IV).
- PROUST. — Colpo-hystérectomie totale par voie vulvo-périnéale. (Opération de Schuchardt-Schauta). (*Presse Médicale*, 6 mars 1907, n° 22).
- QUÉNU et DUVAL. — Technique opératoire de la colpo-hystérectomie totale par voie combinée périnéo-abdominale. (*Revue de Chirurgie*, 1908).
- ROUVILLE. — Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (*Le Siècle médical et chirurgical*, avril 1924).
- SCHAUTA. — Die operation Gebermutterkrebs mittest der Schuchardt schen paravaginale schmittes (*Monatscher f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XV).
- Die berechtigung der vaginalen total extirpation bei gebermut terkrebs. (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. XIX).
- Lehrbuch der Gesamten Gyn., Vienne 1907, 3^e édit.
- Résultats à longue échéance de l'extirpation du cancer du col utérin par la voie vaginale élargie. (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1909, in *Journal de Chirurgie*, 1909).
- Die erseitete vaginale totalextirpation des uterus Kolllein Karzinom. (*Vienne* 1908).
- SCHEIB. — Klusche und anatomsche beträge zur operativen bechändlung des uterus Karznoms. (*Arch. f. Gyn.* 1908 à 1909, T. LXXXVII).

- SCHUCHARDT. — Eine neue methode der Gebermutterextirpation. (*Centralblatt f. Chir.*, 1893, n° 51).
- Über die paravaginale methode der extirpation uterie und ihre enderfolge beim Uterus krebs. (*Monatsch. f. Geb. u Gyn.* 1901, T. XIII).
- SEGOND. — Les hystérectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. (*Thèse de Bigeard*, 1889).
- Considérations sur l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer utérin. (*Bull. et Mém. de Soc. de Chir.*, 1895, T. XXV).
- SOUPAULT et LABBÉ. — Etude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. (*Revue de Médecine*, 1908).
- STAUE. — Uber totalextirpation des carcinomatösen uterus mitelet doppelseitigen scheindenspaltung. (*Monatschr. f. Geb. u Gyn.*, 1902, T. XV).
- *Zentralblatt. f. Gyn.*, 1908, n° 37.
- TOTH (Von). — Indications techniques et résultats statistiques de l'hystérectomie vaginale. (*Archives für Gyn.*, 1929).
- WEIBEL. — Les lésions des uretères à la suite des hystérectomies larges pour cancer de l'utérus. (*Zeitschr. f. Geb. u Gyn.* 1908, t. LXVII).
- WEINDLER. — Einige fälle von unerwarteter Krebsheilung (*Zentralblatt f. Gyn.* 1908).
- WERTHEIM. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus (*Rapport au Congrès de Rouen*, 1902).
- Contribution à l'étude des ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus. (*Zeitschr. f. gyn.* 1903, n° 4).
- Les ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus. (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 1904).
- WINTER. — Statistiques des uterus Krebs. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1908, n° 6).
- ZWEIFEL. — Nouveau procédé pour l'extirpation de l'utérus cancéreux. (*Zentralbl. f. Gyn.* 1909).

TABLE DES MATIERES

Introduction.	11
Indications.	15
Contre-indications et inconvénients.	22
Soins pré-opératoires.	23
Anesthésie.	24
Matériel opératoire.	26
Technique.	27
I. — Libération du conduit utéro-vaginal.	27
II. — Hémostase.	34
III. — Fermeture du péritoine et reconstitution du vagin.	40
IV. — Variantes opératoires.	42
Soins post-opératoires	50
Observations et résultats.	51
I. — Malades opérées avec le diagnostic de cancer du corps.	53
II. — Hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus.	81
III. — Hystérectomie pour prolapsus.	112
IV. — Hystérectomie périnéale pour fibrome.	116
Etude statistique des 111 observations.	121
Conclusions.	125
Bibliographie.	127



IMPRIMERIE SPECIALE
DE LA LIBRAIRIE
LOUIS ARNETTE



